



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

A INTERVENÇÃO DOS ENFERMEIROS NO CONTROLO DA DISPNEIA

Maria Adelaide Gomes Costa

Escola Superior de Saúde



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Maria Adelaide Gomes Costa

A INTERVENÇÃO DOS ENFERMEIROS NO CONTROLO DA DISPNEIA

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Trabalho efetuado sob a orientação da

Mestre, Especialista na Área Científica de Enfermagem Maria José Fonseca

Coorientação

Professora Doutora Salete Soares

Escola Superior de Saúde, março de 2016

Resumo

As doenças do foro respiratório e circulatório estão a aumentar devido a vários fatores nomeadamente o fumo do tabaco, a poluição atmosférica, estilos de vida sedentários e alimentação pouco saudável, sendo a dispneia um sintoma frequente nestas doenças com forte impacto quer ao nível socioeconómico quer na qualidade de vida da pessoa, pelo que o seu controlo torna-se uma preocupação constante por parte do enfermeiro do serviço de urgência, ao qual recorrem inúmeras pessoas com esta sintomatologia. Por estes motivos desenvolvemos este estudo de investigação que tem como objetivos: descrever as técnicas de controlo da dispneia utilizadas pelos enfermeiros do serviço de urgência; analisar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros do serviço de urgência na sua intervenção relativamente às técnicas de controlo de dispneia e determinar as necessidades de formação dos enfermeiros do serviço de urgência sobre técnicas de controlo de dispneia.

Neste estudo optamos pela metodologia de investigação qualitativa de carácter exploratório descritivo. Para a sua realização selecionamos como instrumentos de recolha de dados a entrevista semiestruturada e a observação não participante sistemática que realizamos a cinco enfermeiros do serviço de urgência de um Centro Hospitalar da região Norte. Após a recolha de dados iniciamos o processo de tratamento com recurso à técnica de análise de conteúdo, proposta por Bardin (2011) e procedemos à análise descritiva das intervenções observadas.

Do processo da análise de conteúdo das entrevistas, emergiram cinco áreas temáticas: conhecimento sobre técnicas de controlo de dispneia; intervenções dos enfermeiros à pessoa com dispneia; perceção dos enfermeiros relativamente à importância das técnicas de controlo de dispneia; dificuldades sentidas pelos enfermeiros na utilização das técnicas de controlo de dispneia e perceção do impacto da formação na prática de cuidados respiratórios.

Os resultados obtidos evidenciam que os enfermeiros conhecem e utilizam como técnicas de controlo da dispneia posições de descanso e relaxamento à pessoa deitada, dissociação de tempos respiratórios, exercícios de respiração abdominal, ensino da tosse e outras terapêuticas não farmacológicas e farmacológicas. A aspiração de secreções, gerir o ambiente físico (temperatura, ruído e luminosidade), o conforto e o controlo da ansiedade são, ainda cuidados que realizam ou dizem realizar. Percebem que estas técnicas são importantes para o controlo respiratório, a eliminação de secreções e a maximização da autonomia da pessoa com dispneia.

Os enfermeiros mencionaram como dificuldades na sua intervenção: o déficit de conhecimentos, o déficit de recursos humanos, recursos materiais e físicos inadequados, e por último a falta de tempo. Constatamos ainda que os enfermeiros admitem necessidade de formação, com o objetivo de desenvolverem o seu conhecimento e competências para a prestação de cuidados à pessoa com dispneia. Reconhecida esta necessidade fazemos uma proposta de formação com sessões teóricas e práticas no âmbito dos cuidados respiratórios junto da pessoa com dispneia no serviço de urgência.

Palavras-Chave: Dispneia; Enfermeiros; Reabilitação Respiratória

Abstract

Diseases of respiratory and circulatory tracts are increasing due to a wide variety of causes namely: tobacco smoke, air pollution, sedentary lifestyles and unbalanced diets. Dyspnea is a common symptom for these diseases with a strong impact not only on the patients' social level but also on his quality of life. Owing to this impact, the control of dyspnea should become a major concern of the nurse in charge of the emergency service and to whom many patients suffering from this symptomatology resort. For these reasons, we have developed a research work which aims to: describe the control techniques administered by nurses in the emergency service for controlling dyspnea, analyse the difficulties faced by nurses of the referred service when approaching the techniques for handling dyspnea and to determine the needs for further training concerning the mentioned techniques.

In our study, we chose a qualitative methodology with a descriptive and exploratory nature. To achieve this work, we selected the semi-structured interview and the systematic non participant observation as tools for gathering data. We developed these activities with five nurses working for the emergency service in a central hospital in the northern region of our country. After collecting the available data, we started processing them resorting to the technique of content analysis as suggested by Bardin (2011) and then we progressed to the descriptive and detailed examination of the observed interventions.

After analyzing the content of the interviews, five topic areas came out: the know-how of the techniques for handling dyspnea, the intervention to the dyspnea patient by the nurse, the knowledge of the relevance of the controlling techniques, the hardships faced by nurses when tackling these techniques and the realization of the need for further practical training relating respiratory nursing.

The results achieved prove that nurses know and apply repose and relaxation positions to the lying patient as well as abdominal breathing exercises, teaching them how to cough and pharmacological and non-pharmacological therapies. The aspiration of secretions, the regulation of some features of the physical environment such as the temperature, light and noise, caring for the patients' well-being as well as the control of anxiety, are worries that concern nurses and that they always try to perform. These professionals realize that the techniques play a major role to achieve respiratory control, the removal of secretions and maximization of the patients' own autonomy.

The nurses pointed out the following difficulties as main obstacles for carrying out their work in this area: the lack of knowledge, the lack of human, physical and material resources and lastly the lack of time. We noted down the need for further practical training so as to increase their knowledge and the skills for taking care of dyspnea patients. Once this need is accepted, we suggest both practical and theoretical sessions within the framework of respiratory treatments applied to dyspnea patients in the emergency service.

Keywords: Dyspnea; Nurses; Respiratory Rehabilitation

Agradecimentos

A realização deste trabalho não teria sido possível sem o apoio e a colaboração de muitas pessoas. Assim, cumpre-me agradecer a todos que de modo especial, direta ou indiretamente contribuíram para a concretização deste estudo e me ajudaram a atingir mais um dos objetivos pessoais e profissionais.

À Professora Maria José Fonseca pela ajuda, motivação e disponibilidade na orientação deste trabalho.

À Professora Doutora Salette Soares, pelo papel fulcral na coorientação deste trabalho.

A todos os colegas enfermeiros que participaram no estudo e que forneceram informações preciosas, cujo resultado se espera ter implicações positivas no cuidar, e sem os quais este estudo não seria possível.

À Emília Rocha pelos livros que me facultou para a realização deste trabalho.

Aos funcionários da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, principalmente da biblioteca, Dra. Sandra Sousa pela disponibilidade e auxílio para a efetivação desta tese.

A todos os amigos e aos colegas de trabalho pela presença e palavras de amizade e ânimo.

Aos meus Pais e às minhas cinco irmãs pelo amor que me dedicam todos os dias e por estarem sempre do meu lado nesta caminhada da vida.

E finalmente, mas não menos importante, ao meu núcleo duro, ao Miguel pelo amor, paciência, companheirismo, compreensão demonstrados ao longo deste percurso, ao Afonso e ao Tomás pela alegria que dão à minha vida, pela compreensão da minha ausência e por me fazerem acreditar que tudo é possível.

Aos meus heróis: Miguel, Afonso e Tomás

“O amanhã será como tu quiseres, tudo depende do teu esforço de hoje.”

Anónimo

SUMÁRIO

Resumo

Abstract

Agradecimentos

Dedicatória

Pensamento

Índice de quadros

Abreviaturas

Siglas

INTRODUÇÃO	21
Capítulo Um - A PESSOA COM DISPNEIA	25
1. DISPNEIA	27
1.1. Fisiopatologia da dispneia	28
1.2. Tratamento e/ou controlo da dispneia	30
1.3. Implicações da dispneia na pessoa	32
2. A REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA E O CONTROLO DA DISPNEIA	35
2.1. O Enfermeiro e os cuidados respiratórios à pessoa com dispneia	39
2.2. A teoria do défice de Autocuidado de Dorothea Orem e a pessoa com dispneia	46
Capítulo Dois - METODOLOGIA E MÉTODOS DE INVESTIGAÇÃO	51
3. TODO UM PERCURSO	53
3.1. Da problemática aos objetivos de estudo	53
3.2. Tipo de estudo	54
3.3. Contexto de estudo e participantes	55
3.4. Instrumentos e procedimentos de recolha de dados	57
3.5. Procedimento de análise de dados	59
4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	63
Capítulo Três - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	65
5. A INTERVENÇÃO NO CONTROLO DA DISPNEIA – NA VOZ DOS ENFERMEIROS	67
5.1. Conhecimento sobre técnicas de controlo de dispneia	68
5.2. Intervenções dos enfermeiros à pessoa com dispneia	71
5.3. Perceção dos enfermeiros relativamente à importância das técnicas de controlo de dispneia	79

5.4. Dificuldades sentidas pelos enfermeiros na utilização das técnicas de controlo de dispneia.....	81
5.5. Perceção do impacto da formação na prática de cuidados respiratórios	84
6. OBSERVAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DOS ENFERMEIROS À PESSOA COM DISPNEIA – UMA FORMA ADICIONAL DE INFORMAÇÃO	86
CONCLUSÕES.....	91
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
APÊNDICES	103

APÊNDICE A – Guião da entrevista

APÊNDICE B – Consentimento informado

APÊNDICE C – Grelha da observação

APÊNDICE D – Pedido de autorização para a realização do estudo ao Conselho de administração

APÊNDICE E – Matriz final da análise de dados das entrevistas

Índice de Quadros

Quadro 1. – Técnicas de Reeducação Funcional Respiratória	40
Quadro 2. – Caraterização dos participantes	56
Quadro 3. – Definição de Termos	61
Quadro 4. – Áreas temáticas, categorias e subcategorias emergentes das entrevistas.	67
Quadro 5. – Conhecimento sobre técnicas de controlo de dispneia	68
Quadro 6. – Intervenções dos enfermeiros à pessoa com dispneia	72
Quadro 7. – Perceção dos enfermeiros relativamente à importância das técnicas de controlo de dispneia	79
Quadro 8. – Dificuldades sentidas pelos enfermeiros na utilização das técnicas de controlo de dispneia	81
Quadro 9. – Perceção do impacto da formação na prática de cuidados respiratórios ...	84
Quadro 10. – Dados da observação	86

Abreviaturas

Doutora – *Dr.^a*.

Edição – *ed.*

Et alii (e outros) – *et al.*

Número – *n.^o*

Página – *p.*

Sine nomine – *s.n.*

Volume – *vol.*

Vossa Excelência – *V. Ex.^a*

Siglas

AVD – Atividades de Vida Diária

CIPE – Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

E1 – Enfermeiro 1

E2 – Enfermeiro 2

E3 – Enfermeiro 3

E4 – Enfermeiro 4

E5 – Enfermeiro 5

EN – Escala Numérica

EVA – Escala Visual Analógica

FPI - Fibrose Pulmonar Idiopática

IC - Insuficiência cardíaca

MRC - Medical Research Council

OE - Ordem dos Enfermeiros

ONDR – Observatório Nacional Doenças Respiratórias

PCO2 - Pressão parcial de dióxido de carbono

PO2 - Pressão parcial de oxigénio

PQCE - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

PQCEER - Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RFR - Reabilitação Funcional Respiratória

SU – Serviço de Urgência

VNI- Ventilação Não Invasiva

INTRODUÇÃO

A Enfermagem, inserida numa sociedade que sofreu mudanças consideráveis no plano político, económico, social e tecnológico, teve necessidade de acompanhar estas mudanças, investindo na formação dos seus profissionais. Tal investimento preconiza a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados às pessoas/família e comunidade.

A investigação é uma das fontes de desenvolvimento do conhecimento em enfermagem e contribui significativamente para ampliar e transformar a prática profissional. Neste sentido os enfermeiros preocupam-se em documentar a relevância da sua intervenção evidenciando os ganhos em saúde que as suas decisões e práticas incutem, quando baseadas na evidência científica.

As doenças respiratórias crónicas constituem, atualmente, pelo seu impacto quer ao nível socioeconómico quer na qualidade de vida da pessoa, um grave problema de saúde pública em todos os países do mundo.

Também em Portugal segundo o ONDR (2015), há um aumento de internamentos de doentes com patologias respiratórias, nomeadamente: DPOC, pneumonia e neoplasias. Estas doenças têm tendência para aumentar nas próximas décadas devido a fatores como o fumo do tabaco, a poluição atmosférica, alterações climáticas e conjuntura económica.

Um dos sintomas comum nos doentes com estas patologias é a dispneia. O seu controlo passa por tratar as causas reversíveis e quando estas não são passíveis de resolver, o alívio sintomático com técnicas de controlo da dispneia torna-se primordial. Vários estudos apontam que a reabilitação pulmonar é uma mais-valia no controlo da dispneia (Gonçalves, Nunes e Sapeta, 2012).

Etimologicamente dispneia significa respiração difícil e pode definir-se como uma sensação subjetiva de desconforto ou dificuldade respiratória. É um sintoma muito angustiante não só para o doente, como também para a família e para os próprios profissionais de saúde. Interfere com o desempenho das atividades de vida diária e pode alterar drasticamente a qualidade de vida do doente e família (Braga, 2009 e Azevedo, 2010).

Na população em geral, em 16 anos, a mortalidade por cancro aumentou 33,1% e nas pneumonias 52,7%. Mesmo na DPOC, onde se obteve importantes progressos terapêuticos, a mortalidade aumentou 1,7%. São números pouco confortadores e que

visivelmente indicam lacunas na prevenção e na implementação de políticas de saúde adequadas à seriedade do problema (ONDR, 2015).

O enfermeiro no contexto da sua atividade profissional cuida de muitas pessoas com este quadro patológico e sintomatológico, que as fazem recorrer ao Serviço de Urgência com frequência, constatando-se que o fluxograma dispneia é um dos mais utilizados na Triagem de Manchester aquando da admissão das pessoas nestes serviços.

O controlo da dispneia torna-se assim imperioso para os enfermeiros, como parte integrante do cuidar, perseguindo a excelência dos cuidados de enfermagem, com o intuito da melhoria da qualidade de vida da pessoa e ganhos em saúde. Pensando no papel e nas competências dos Enfermeiros e dos Enfermeiros de Reabilitação e, dado que, “A reabilitação enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência” (Regulamento nº125/2011, 2011, p.8658), o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, no âmbito das suas competências

Concebe, implementa e monitoriza planos de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas (...) [nomeadamente ao nível] das funções respiratória (...). Para tal, utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas (...) (Regulamento nº125/2011, 2011, p.8658).

Na execução dos cuidados e na procura da qualidade e excelência do seu exercício profissional, compete-lhe também “A supervisão das atividades que concretizam as intervenções de Enfermagem de Reabilitação e que, em virtude da necessidade de continuidade de cuidados, sejam suscetíveis de serem delegadas nos enfermeiros de cuidados gerais (...)” (Regulamento nº 350/2015, 2015, p. 16658).

Segundo a OE (2010 p.10) o Enfermeiro Especialista:

(...) Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade. (...). Atua como formador oportuno em contexto de trabalho, na supervisão clínica e em dispositivos formativos formais. (...) Diagnostica necessidades formativas. (...). Concebe e gere programas e dispositivos formativos. (...) Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros. (...) Avalia o impacto da formação.

Na pesquisa que efetuamos encontrámos poucos estudos relacionados com os cuidados de enfermagem e o controlo da dispneia. Os estudos mais pertinentes realizados em Portugal, foram a “Avaliação de conhecimentos dos enfermeiros sobre medidas farmacológicas e não farmacológicas no controlo da dispneia”, de Almeida (2012) e,

também, Braga (2009) realizou um estudo intitulado a “Influência dos cuidados de enfermagem de reabilitação no controlo da dispneia em cuidados paliativos.”

Tendo, ainda, em consideração que “A Reabilitação Respiratória é virtualmente inexistente em Portugal. A ela apenas tem acesso menos de 1% dos doentes que dela beneficiariam (...)” (ONDR, 2015 p.13), surgiu então a necessidade de estudar: **A Intervenção dos Enfermeiros no controlo da dispneia.**

Pretende-se com este estudo contribuir para a melhoria e excelência dos cuidados de enfermagem à pessoa com dispneia, no serviço de urgência, através dos objetivos:

- Descrever as técnicas de controlo da dispneia utilizadas pelos enfermeiros do serviço de urgência.
- Analisar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros do serviço de urgência na sua intervenção relativamente às técnicas de controlo de dispneia.
- Determinar as necessidades de formação dos enfermeiros do serviço de urgência sobre técnicas de controlo de dispneia.

Este trabalho estrutura-se em três capítulos. O primeiro: **A Pessoa com dispneia**, versa a definição de dispneia; fisiopatologia da mesma; tratamento e/ou controlo da dispneia; implicações da dispneia na pessoa; reabilitação respiratória; o enfermeiro e os cuidados respiratórios à pessoa com dispneia; a teoria do défice do autocuidado de Dorothea Orem e a pessoa com dispneia.

O capítulo dois: **Metodologia e métodos de investigação**, onde se faz referência à problemática e aos objetivos de estudo; o tipo de estudo; contexto do estudo e participantes; instrumentos e procedimentos de recolha de dados; procedimentos de análise de dados, definição de termos e para finalizar este capítulo as considerações éticas.

Por fim no capítulo três fazemos a **Apresentação, análise e discussão dos resultados**, obtidos através das entrevistas e da observação realizada.

Por último são apresentadas as conclusões onde se referem também as propostas resultantes deste estudo assim como as suas limitações.

Capítulo Um - A PESSOA COM DISPNEIA

1. DISPNEIA

A respiração é um processo inconsciente e automático, influenciada pelas nossas ações e emoções e sobre o qual podemos interferir amplamente, de modo consciente e voluntário, de várias formas e com repercussões a vários níveis.

Segundo Guyton e Hall (2006) o objetivo da respiração é prover oxigénio aos tecidos e remover o dióxido de carbono. Para atingir este objetivo a respiração pode ser dividida em quatro funções principais:

- Ventilação pulmonar, que consiste no influxo e efluxo de ar entre a atmosfera e os alvéolos pulmonares.
- Difusão de oxigénio e dióxido de carbono entre os alvéolos e o sangue.
- Transporte de oxigénio e dióxido de carbono no sangue e líquidos corporais e as suas trocas com as células de todos os tecidos do corpo.
- Regulação da ventilação.

Quando alguma destas funções fica comprometida, surgem problemas, entre os quais se encontra a dispneia.

A dispneia caracteriza-se pela sensação de dificuldade respiratória associada a um aumento do esforço para respirar, manifestando-se de diferentes maneiras. Cada pessoa tem terminologia diferente para descrever a forma como a sente, como por exemplo: respiração de pequena duração; dificuldades em respirar; sufocação e aperto torácico (Hoeman, 2011).

Existem várias definições de dispneia, neste trabalho optamos pela definição segundo a Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2006, p.72) onde afirma que:

é um processo do sistema respiratório com características específicas: movimento laborioso da entrada e saída do ar dos pulmões, com desconforto e esforço crescente, falta de ar, associado a insuficiência de oxigénio no sangue circulante, adejo nasal, alterações na profundidade respiratória, sons respiratórios adventícios, sibilos, estertores, roncos, ressonância dos sons à percussão, uso dos músculos acessórios, restrição dos movimentos torácicos, expiração com lábios franzidos, trémulo e sensação de desconforto.

O termo dispneia pode adquirir terminologia específica:

- Ortopneia: aparecimento ou agravamento da dispneia na posição horizontal.
- Dispneia de esforço: quando surge ou agrava a sensação de dispneia com a atividade física (caminhar, subir escadas).

- Dispneia paroxística noturna: sensação de falta de ar que surge durante o sono, obrigando o doente a sentar-se na cama ou a levantar-se.
- Platipneia: dispneia que surge ou que se agrava com a posição ortostática (especialmente em pé).
- Trepopneia: dispneia que aparece ou agrava em decúbito lateral (melhora ou desaparece com o decúbito oposto) (Martinez, Padua e Terra Filho, 2004).

As causas da dispneia são múltiplas, podendo englobar fatores físicos, psíquicos, sociais e espirituais. A classificação das causas da dispneia podem divergir de acordo com cada autor, no entanto, constatamos que na sua generalidade são idênticas; dispneia relacionada com o cancro avançado; com DPOC; asma; pneumonia; doença pulmonar intersticial; deformação da parede torácica; malformação pulmonar; insuficiência cardíaca congestiva; arritmia cardíaca; doença isquémica do miocárdio; alterações metabólicas e eletrolíticas; anemia; paralisia do diafragma; ascite; hepatomegália; ansiedade; hiperventilação; síndrome hepatopulmonar; doença neuromuscular; obesidade; falta de preparação física; hipertiroidismo; hipertensão arterial sistémica. (Martinez, Padua e Terra Filho, 2004; Ferreira, 2009; Hoeman, 2011).

Sendo a dispneia um dos sintomas muito frequente nas doenças respiratórias, importa referir que o número de internamentos hospitalares por doença respiratória tem vindo aumentar. Em Portugal, em 20 anos, os internamentos por doenças respiratórias aumentaram 26,7%, salientando-se um aumento de 171,1% nas pneumonias, 90,1% na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) e 60,1% no cancro (ONDR, 2015).

Em 2013 as principais causas de internamento, por doenças respiratórias foram as pneumonias com 41.796 casos, a DPOC com 8.239 casos e os cancros com 6365 casos. É de realçar que o internamento por cancro subiu mais 9,3% (ONDR, 2015).

Ainda segundo a mesma fonte, em 2013 a Asma teve uma taxa de mortalidade de 6,3%, a DPOC uma taxa de mortalidade de 9,9%, os cancros de 30,5% e as pneumonias de 20,9%. Notando-se uma subida nas taxas de mortalidade na DPOC e nas Neoplasias.

A mortalidade por pneumonia é maior nos meses de dezembro a março, relacionável com as epidemias de gripe e os dias mais frios (ONDR, 2015).

1.1. Fisiopatologia da dispneia

Os mecanismos que envolvem a dispneia não são totalmente conhecidos, embora surjam com maior evidência o envolvimento de diversos processos neurológicos. No entanto

contrariamente ao que acontece, por exemplo com a dor, cujos estímulos têm origem em terminações nervosas livres, ainda não foram descritos recetores especializados da dispneia (Martinez, Padua e Terra Filho, 2004).

Existem autores que fazem distinção entre sensação e percepção respiratória. A sensação respiratória está relacionada com a ativação neurológica, a qual resulta da estimulação de algum recetor periférico. A percepção respiratória é o resultado do processamento do estímulo pelo sistema nervoso central e as reações da pessoa face à sensação em causa, podendo ser influenciada por fatores psicológicos, culturais e ambientais.

Compreender os mecanismos relacionados com a origem da dispneia implica conhecer detalhadamente os sistemas de controlo da ventilação, as alterações da mecânica respiratória e das trocas gasosas observadas, quer em condições fisiológicas como em condições patológicas.

A atividade motora respiratória provém de grupos de neurónios, que estão localizados no bulbo. Os músculos respiratórios são ativados pelas descargas respiratórias eferentes, expandindo a caixa torácica, insuflando os pulmões, logo conduzindo à ventilação. Os quimiorrecetores localizados nos vasos e cérebro, assim como os mecanorreceptores, situados nas vias aéreas, pulmões, caixa torácica e músculos respiratórios, estão envolvidos na regulação automática da respiração e também parecem ser responsáveis pela sensação de dispneia. Os quimiorrecetores centrais (localizados no bulbo) e os quimiorrecetores periféricos (localizados na carótida e aorta), detetam mudanças de pressão parcial de dióxido de carbono (PCO_2) e pressão parcial de oxigénio (PO_2). Os sinais gerados nestes quimiorrecetores são transmitidos novamente para o tronco cerebral, para o ajuste da respiração e manutenção da homeostasia acidobásica. Os impulsos aferentes a partir de recetores vagais também intervêm no padrão respiratório: recetores pulmonares de estiramento são estimulados proporcionalmente à expansão do pulmão; recetores de irritação (localizados no nível do epitélio brônquico) são ativados pela estimulação mecânica da mucosa brônquica; as fibras C (localizadas no interstício pulmonar, próximas dos alvéolos) respondem às elevações das pressões intersticiais e capilares. Os músculos respiratórios têm recetores sensoriais, nomeadamente os fusos musculares que existem em grande quantidade nos músculos intercostais e implicam reflexos no nível espinal e supra-espinal. O diafragma possui recetores tendinosos, os quais exercem atividade inibitória sobre a atividade respiratória central. Os sinais aferentes gerados pelos mecanorreceptores pulmonares e torácicos dão informações importantes relativamente à situação mecânica da bomba ventilatória, assim como, das alterações das mudanças do comprimento e força de contração dos músculos respiratórios. Estas informações vão permitir um ajuste da atividade dos neurónios

motores e respiratórios, de acordo com o trabalho dos músculos respiratórios ou da impedância do sistema ventilatório (Martinez, Padua e Terra Filho, 2004; Rema, 2013).

Aparentemente a sensação de dispneia surge devido à ativação de sistemas sensoriais que estão envolvidos na respiração. Centros cerebrais superiores, recebem a informação sensorial e modelam a expressão da sensação que é influenciada por fatores cognitivos e comportamentais. O aumento da sensação de esforço respiratório e dissociação entre as necessidades ventilatórias e a capacidade de ventilar, fazem parte dos mecanismos possíveis da dispneia (Martinez, Padua e Terra Filho, 2004; Rema, 2013).

1.2. Tratamento e/ou controlo da dispneia

Dispneia ou dificuldade respiratória é uma situação que justifica o recurso frequente à urgência hospitalar. O objetivo imediato é identificar a causa desencadeante e direcionar a terapêutica numa abordagem rápida e suficiente para impedir o agravamento e a ansiedade própria das situações críticas, utilizando os recursos de uma forma programada e sucessiva até à estabilização do doente (França e Ponce, 2006).

No doente com dispneia o tratamento passa pela terapia da sua causa, pela gestão dos sintomas e das questões psicológicas que contribuem para a mesma (Fabbro, Shalini e Bruera, 2006).

Para o controlo da dispneia existem medidas farmacológicas e não farmacológicas. Nas medidas farmacológicas podemos incluir a oxigenoterapia; inaloterapia com broncodilatadores e corticoides; diuréticos e o uso de opioides, como por exemplo a morfina. Como medidas não farmacológicas são utilizadas: Reabilitação Funcional Respiratória (RFR); posicionamento adequado; otimização do ambiente físico (temperatura, ventilação, ruído, luminosidade); gestão do esforço nomeadamente evitar a obstipação e refeições de difícil mastigação entre outros; uso de roupas confortáveis; apoio psicossocial e o recurso à Ventilação Não Invasiva (VNI).

Machado (2012) num estudo realizado sobre dispneia no doente paliativo, constatou que o controlo sintomático da dispneia em 78,69% dos participantes foi realizado recorrendo a medidas farmacológicas, sendo a morfina, seguida de oxigenoterapia e dos broncodilatadores os fármacos mais utilizados e em 22,95% medidas não farmacológicas nomeadamente posicionamentos e aspiração de secreções.

A furosemina tem sido utilizada para o alívio da dispneia dado ao seu efeito inibitório sobre o reflexo da tosse, previne a broncoconstrição na patologia asmática (Kamal [et al.], 2012).

Rema (2013, p.49) com a revisão de literatura que efetuou verificou “que os opioides adequadamente administrados são fármacos seguros no tratamento da dispneia em doentes com doença avançada tanto em patologia oncológica como em patologia pulmonar como a DPOC e FPI ou cardíaca como a IC.”

Ainda segundo a mesma autora, as medidas não farmacológicas como o apoio psicossocial e técnicas de controlo respiratório são parte importante da abordagem multidisciplinar da dispneia, dado que a experiência psicológica da dispneia é considerada inseparável dos aspetos físicos da mesma.

Gonçalves, Nunes e Sapeta (2012, p.15) na revisão de literatura que realizaram referem que:

Alguns tratamentos não farmacológicos são o uso de ventiladores, alteração do padrão respiratório, incluindo respirar com os lábios franzidos e respiração diafragmática, técnicas de relaxamento muscular, posicionamento, educação e abordagens cognitivo-comportamentais.

Seymour [et al.] (2010) in Moreira (2012), num estudo com doentes com DPOC, refere a reabilitação respiratória como complemento ou alternativa ao tratamento farmacológico, que permite melhorar a dispneia e a qualidade de vida da pessoa.

O enfermeiro é o profissional que mais tempo está com a pessoa, em contexto hospitalar, além das competências técnicas na execução de medidas farmacológicas no controlo da dispneia, também tem competências para informar, ensinar, instruir e treinar medidas não farmacológicas e o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação é dotado de competências próprias para realizar programas de reabilitação específicos para o controlo da mesma.

A VNI é uma destas medidas não farmacológicas e consiste na aplicação de um suporte ventilatório sem recorrer à intubação traqueal. A interface do ventilador com o doente é feita através de máscara facial, nasal ou por capacete, tornando-se numa ventilação melhor tolerada pelo doente e mais confortável. Assim é possível ventilar doentes conscientes de forma adequada sem recorrer à depressão do nível de consciência, com sedação, para uma melhor adaptação ao ventilador (Germano, 2008).

A VNI tem como objetivos melhorar as trocas gasosas pulmonares; diminuir a acidose respiratória aguda; reverter a hipoxemia; reverter a fadiga dos músculos respiratórios; minimizar a dispneia (Cordeiro e Menoita, 2012).

Segundo Hilbert, citado por Cordeiro e Menoita (2012, p. 219) “A formação e supervisão dos enfermeiros são essenciais para o sucesso da implementação da VNI”.

Mas, salientamos que no controlo da dispneia, também na pessoa com VNI os cuidados respiratórios revestem-se de importância acrescida, dos quais são componentes essenciais: adoção de posturas corretas de forma a não interferir com a capacidade de expansão da caixa torácica (posições de Fowler e semi- Fowler); dissociação dos tempos respiratórios; posição de descanso e relaxamento; limpeza das vias aéreas; exercícios de reeducação respiratória; utilização de dispositivos que possibilitem maximizar a ventilação (incentivador da expiração, incentivador da inspiração entre outros). Nunca descorando que cada pessoa é um ser único, pelo que se deve ter em consideração a idade, fase evolutiva da doença e suas repercussões (Silva, Carvalho e Silva, 2010).

Um estudo realizado por Morais e Queirós (2013) refere que a família e o cuidador informal (que também são participantes significativos no processo da implementação da VNI), atribuem ao enfermeiro intervenções/funções essenciais quer no informar, ensinar, instruir e treinar como no âmbito da adaptação à máscara e ventilador. Consideramos que todas estas intervenções são essenciais em todo o processo de cuidados, sendo fundamentais na pessoa com dispneia.

O tratamento do doente com patologia respiratória crónica passa pela implementação de programas de reabilitação respiratória, cuja sua constituição assenta em três pilares: controlo clínico, educação e treino de exercício. Para a implementação destes programas é necessário a existência de uma equipa multidisciplinar (ONDR, 2013).

O enfermeiro de Reabilitação tem um papel essencial quer na implementação, quer na adesão de programas específicos de Reabilitação Respiratória, promovendo processos de readaptação da pessoa à nova situação de vida, maximizando a autonomia atendendo às suas limitações e handicaps integrando para isso, a pessoa, a família e o cuidador informal.

1.3. Implicações da dispneia na pessoa

A dispneia aumenta a taxa de mortalidade e de morbilidade, com notável impacto na incapacidade funcional para a realização das atividades de vida diária. Estudos têm demonstrado que a dispneia constitui o principal fator limitante da qualidade de vida da pessoa com insuficiência respiratória crónica (Cordeiro e Menoita, 2012).

O termo dispneia é utilizado por alguns doentes para exprimir desconforto resultante do aumento do trabalho respiratório, independentemente da causa. Os doentes também utilizam o termo dispneia quando sentem diminuição da tolerância ao esforço levando à perda de autonomia (Azevedo, 2010).

Como já foi referido anteriormente, são várias as doenças que têm como sintoma a dispneia, algumas são doenças crónicas, nomeadamente, DPOC, asma, fibrose quística, doenças neuromusculares, entre outras. Muitas pessoas com doença pulmonar crónica, revelam problemas emocionais. Em pessoas com DPOC a dispneia gera elevados níveis de ansiedade, levando a perdas sucessivas de independência, interferindo com as atividades recreativas e atividades de vida diária (AVD), alterando a qualidade de vida, e o papel da pessoa no seio da família e na comunidade, levando ao isolamento e alterações da autoimagem (Hoeman, 2011), ainda, segundo Silva, Carvalho e Silva (2010, p.241) “(...) a doença crónica traz consigo perdas sucessivas de independência e controle, gera sensações de luto e, como tal, sentimentos de ansiedade, tristeza, irritação e medo”.

A dispneia limita a autonomia da pessoa, afetando as atividades de vida quer as atividades básicas de vida, quer as instrumentais, “(...) tão importantes para a manutenção da independência da Pessoa, com relevância no papel que esta ocupa na família e na sociedade, mas também na continuidade dos seus projetos de vida.” (Soares, 2012 p.98). Exige à pessoa uma resposta adaptativa à sua nova condição de vida, contudo nem sempre consegue fazê-lo sozinha, necessitando de ajuda de profissionais diferenciados. É aqui que o enfermeiro de reabilitação centra o seu foco de atenção, desempenhando um papel fundamental no processo de readaptação da pessoa com dispneia, como agente que ensina, promove e motiva para a autonomia, atendendo a que reabilitar... não é só reeducar a função, mas “tornar de novo válido” (Hesbeen, 2003, p.50).

Soares (2012) num estudo que realizou, constatou a importância da intervenção do enfermeiro de reabilitação no sentido de aumentar a capacidade das pessoas com DPOC e OLD, para a realização de atividades de vida básicas, nomeadamente: alimentação; banho; vestir; higiene pessoal; defecação; micção; casa de banho; mudança da cadeira/cama; deambulação e escadas, bem como, para a realização das atividades de vida instrumentais, tais como, capacidade de usar o telefone; compras; preparação de refeições; tarefas domésticas; lavagem de roupa; uso de meio de transporte; responsabilidade em relação à sua medicação e gestão dos seus assuntos económicos. Reforçando que a qualidade de vida das pessoas está em causa, limitando a capacidade de autonomia, tornando-as dependentes de outros.

As pessoas quando confrontadas com a doença, situação que constitui uma ameaça e limitação ao seu estado de equilíbrio, porque as afeta a nível, físico, emocional, intelectual, social e espiritual, requerem cuidados individualizados que as ajudem a (re)construir o seu projeto de vida e de saúde. Os enfermeiros devem constituir-se como um recurso importante para cada pessoa, para com elas encontrarem o caminho para a maximização da qualidade de vida, mesmo perante uma doença crónica e incapacitante (Soares, 2012).

Atendendo que a dispneia é um sintoma com grande impacto, associado a mortalidade, morbilidade e elevada limitação nas atividades físicas e sociais, além de ser uma queixa comum nas consultas médicas (cerca de 20% da população geral) é importante avaliar a sua intensidade com recurso a escalas (Martinez, Padua Terra Filho, 2004).

Também, Machado (2012), corrobora esta opinião quando refere que no controlo da dispneia, é importante uma avaliação frequente recorrendo a escalas padronizadas, de forma a ficar devidamente avaliada e documentada, de modo a que se possa monitorizar a eficácia das intervenções no seu alívio de forma a conseguir um controlo eficaz. Pelo que se revela de grande importância a avaliação da pessoa como um todo, dado que as dimensões psicológica, social e espiritual, podem interferir na intensidade da dispneia.

Dado a subjetividade da dispneia e a forma como o doente a percebe, torna-se difícil a sua avaliação, daí a importância da avaliação, segundo a percepção do doente, recorrendo ao uso de escalas, como a Escala de Borg, a Escala Visual Analógica (EVA) e a Escala Numérica (EN), para avaliar a dispneia em "tempo real". Também é utilizada Escala Medical Research Council (MRC), para avaliar o impacto da dispneia nas AVD, recorrendo à memória do doente (Fernandes, Frias e Alvito, 2012).

A avaliação da intensidade e impacto da dispneia na pessoa, no seu dia a dia, na sua qualidade de vida, precede o passo seguinte de prescrição e implementação de medidas terapêuticas, onde se incluem os cuidados de enfermagem respiratórios no controle da dispneia.

2. A REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA E O CONTROLO DA DISPNEIA

Vários estudos apontam para o benefício de programas de reabilitação respiratória no controlo da dispneia provocada pelas mais diversas patologias.

Pamplona e Moraes (2007, p.102) referem que “A reabilitação respiratória beneficia todas as pessoas com doença respiratória que tem o seu dia-a-dia afetado pela dispneia crónica (...)”.

Diversos estudos apontam o benefício das técnicas de controlo da dispneia, tal como o estudo de Braga (2009) realizado em Portugal que demonstrou a influência dos cuidados de enfermagem de reabilitação no controlo da dispneia em cuidados paliativos e os estudos realizados na Áustria, nos Estados Unidos e no Canadá que mostraram o benefício do uso de técnicas de reabilitação respiratória no controlo da dispneia em doentes com DPOC e o treino respiratório no alívio da dispneia (Albernethy [et al.], 2009, Marciniuk, [et al.], 2011, Kamal, [et al.], 2012).

Para Matos (2011), os benefícios da reabilitação pulmonar são cada vez mais sustentados por uma crescente evidência científica, ajudando os doentes a interromper o ciclo vicioso da dispneia e inatividade, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida.

Segundo Ries (2010), nos últimos dez anos, perto de 1000 novos artigos foram adicionados à literatura médica abordando os benefícios da reabilitação respiratória.

Estudos bem controlados têm mostrado melhorias significativas em vários parâmetros depois da reabilitação respiratória, nomeadamente na redução da dispneia e dos internamentos hospitalares (Cote e Celli, 2006).

Também o estudo realizado por Pacheco [et al.] (2013) que avalia o benefício da reabilitação respiratória no controlo da dispneia em doentes com ASMA e DPOC, demonstrou melhorias da dispneia nos doentes através das diferenças estatisticamente significativas em relação à escala de Borg modificada para dispneia, entre a dispneia mediana avaliada pela MRCDQ e score médio no SGRQ pré e pós programa.

Além da melhoria da resistência e da readaptação ao esforço, o treino pelo exercício é a componente mais direcionada para a melhoria de um dos principais sintomas da DPOC que é a dispneia. Após o programa de Reabilitação Respiratória, os doentes apresentam, uma diminuição da dispneia em repouso, durante o exercício e durante as atividades de vida diárias (Troosters [et. al.] in Machaqueiro, 2012).

Canteiro e Heitor (2003, p. 1785) definem reabilitação respiratória como sendo um:

Processo que usa de modo sistemático opções diagnósticas e terapêuticas cientificamente baseadas para conseguir um

funcionamento óptimo nas actividades de vida diária e uma qualidade de vida relacionada com a saúde, de doentes individualizados sofrendo de deficiência e incapacidade devida a doença respiratória crónica.

A reabilitação respiratória ajuda a prevenir e tratar múltiplos aspetos das patologias respiratória nomeadamente, retenção de secreções, alteração da função ventilatória, dispneia e a melhorar a *performance* de exercícios (Liebano [et.al.], 2009).

Um programa de Reabilitação Respiratória deve ser individualizado, tendo em consideração vários fatores, nomeadamente a patologia, o grau de gravidade do problema, a idade da pessoa, a capacidade de aprendizagem, os objetivos do programa, o local onde vai ser realizado, os recursos existentes e o envolvimento da pessoa/família, havendo a intervenção de uma equipa multidisciplinar (Cordeiro e Menoita, 2012). Como também alude o ONDR (2013) a constituição de programas de reabilitação respiratória assenta em três pilares: controlo clínico, educação e treino de exercício. Para a implementação destes programas é necessário a existência de uma equipa multidisciplinar, constituída por enfermeiros, sendo que consideramos que o enfermeiro especialista em reabilitação é fundamental nesta equipa, médicos, fisioterapeutas, psicólogo, nutricionista e terapeuta ocupacional de modo a capacitarem os doentes na gestão da sua doença, levando a uma melhoria do seu estado de saúde.

Também Cordeiro e Menoita (2012) reforça que um programa de reabilitação respiratória pode ter vários componentes nomeadamente: reeducação funcional respiratória; treino de exercício; otimização da terapia inalatória e assistência respiratória.

A RFR por muitos também designada por cinesiterapia respiratória, utiliza fundamentalmente o movimento e atua na parte mecânica da respiração, utilizando técnicas manuais, posturais e cinéticas que podem ser aplicadas isoladamente ou em associação com outras técnicas, sendo que um dos objetivos da cinesiterapia respiratória é mobilizar e eliminar as secreções brônquicas e melhorar a ventilação pulmonar (Cordeiro e Menoita, 2012).

Também Marcelino [et al.] (2008) corrobora que a reabilitação funcional respiratória é uma terapêutica baseada no movimento (do Grego Kinetiké – “arte de por em movimento” + terapia – movimento terapêutico). O conceito assenta essencialmente na otimização da mecânica ventilatória, para melhorar a ventilação alveolar.

Um programa de reeducação funcional respiratória, tem como objetivos: prevenir e corrigir defeitos ventilatórios; melhorar a performance dos músculos respiratórios; assegurar a permeabilidade das vias aéreas; mobilizar e eliminar as secreções brônquicas; melhorar a oxigenação e trocas gasosas; prevenir e corrigir alterações do

esqueleto e músculos; reduzir a tensão psíquica; reeducar no esforço; diminuir o trabalho respiratório; aumentar a *endurance*; promover a independência respiratória funcional; prevenir complicações e acelerar a recuperação da pessoa. (Marcelino [et al.], 2008; Cordeiro e Menoita, 2012).

Existem procedimentos básicos, mas essenciais num programa de reeducação funcional respiratória: posicionamento facilitador da expansão torácica (posições de descanso e relaxamento) e consequentemente da excursão diafragmática; incentivo de inspirações profundas; hidratação versus humidificação das secreções brônquicas; drenagem postural; reeducação da tosse e tosse dirigida/incentivo da tosse; fortalecimento muscular – exercícios eletivos e globais (Marcelino [et.al.] 2008).

Assim, para o controlo da dispneia, podemos utilizar algumas técnicas de reabilitação funcional respiratória nomeadamente: consciencialização e controlo da respiração; expiração com lábios semicerrados, respiração diafragmática; técnicas de relaxamento e descanso.

Na pessoa com ansiedade e dispneia, recorre-se à técnica de relaxamento: posicionamento em decúbito semi-fowler ou em decúbito lateral em semi-fowler (de acordo com a melhor tolerância da pessoa). Por vezes em situações em que a pessoa tem grande ansiedade e tensão muscular, pode surgir a necessidade de associar uma massagem manual com o objetivo de relaxar os músculos peitorais, escalenos, trapézios e esternocleidomastoídeos (Cordeiro e Menoita, 2012).

Existem outras técnicas de relaxamento referidas por Abreu (2003) e Canteiro e Heitor (2003), in Cordeiro e Menoita, (2012), que são:

- Relaxamento Fisiológico simples de Laura Mitchell (obter o relaxamento dos músculos agonistas pela contração dos antagonistas)
- Relaxamento Progressivo de Jacobson (alternância de contração isométrica-relaxamento dos músculos dos membros, face e respiratórios, para induzir o relaxamento físico e mental)
- Relaxamento Eutónico de Gerda Alexander (método reeducativo que associa os princípios do método de Jacobson e a educação física)
- Treino Autogénico de Schutz (induz na pessoa estados de relaxamento utilizando autossugestões sobre, sensações de peso e calor nos vários segmentos do corpo; regulação da frequência cardíaca, sensações de tranquilidade e confiança em si mesmo e concentração passiva da sua respiração)

Posições de descanso, técnica que tem por base a adoção de posições corporais que ajudam a descontrair os músculos acessórios da respiração, cintura escapular, pescoço e

membros superiores, facilitando a respiração diafragmática. Estas posições são também utilizadas como forma de conservação de energia. Deve-se ensinar a pessoa a adotar estas posições: posição de Cocheiro sentado, posição de Cocheiro em pé quando está com dispneia e/ou cansaço (Cordeiro e Menoita, 2012).

A Reeducação Funcional Respiratória para o doente com DPOC centra - se em técnicas de relaxamento, técnicas respiratórias e exercícios globais. Segundo Soares (2012, p.36 e p.37) a reeducação funcional respiratória

vai permitir um controlo efetivo sobre a respiração, com consequente controlo da dispneia, que é o sintoma que mais condiciona a independência da pessoa e permite, ainda, readquirir capacidade física, através do treino de exercícios globais, que promovam não só o fortalecimento muscular, quanto o aumento da tolerância ao exercício, nomeadamente na caminhada.

Ainda segundo a mesma autora, a Permeabilidade das Vias Aéreas engloba a limpeza das vias aéreas com recurso a medidas específicas e gerais, facilitadoras da eliminação de secreções, tais como:

- hidratação geral;
- inaloterapia;
- drenagem postural (manobras de vibração, percussão e compressão);
- movimentos respiratórios profundos (com ênfase na fase expiratória).

Assim a permeabilidade das vias aéreas “é muito importante para que se processe uma respiração eficaz e as secreções sejam eliminadas de forma a prevenir agudizações, pois estas pessoas são muito suscetíveis a infeções respiratórias” (Soares, 2012 p. 37).

A reabilitação respiratória é importante e traz benefícios para o doente.

Os benefícios da reabilitação respiratória são a redução dos sintomas respiratórios de fadiga e dispneia, a reversão da ansiedade e depressão, a melhoria da tolerância ao exercício, com aumento da resistência ao esforço, a melhoria na capacidade para a realização das atividades da vida diária, a redução do número consultas, idas à urgência e de hospitalizações e uma melhor integração familiar e social ONDR (2013, p.19).

Também a DGS (2007 p. 9) salienta que “Todos os doentes com DPOC beneficiam de reabilitação respiratória já que melhoram a sua capacidade de exercício e a dispneia”.

Em suma, a reabilitação respiratória, enquanto abordagem formal e estruturada, aumenta a qualidade de vida, reduz a dispneia e melhora a capacidade física, contribuindo assim para a redução significativa dos custos diretos e indiretos com a

saúde dos doentes com patologia respiratória (Albert [et. al.] 2008), pelo que cuidar de pessoas com patologia respiratória é um desafio constante e exige a intervenção de uma equipa multidisciplinar envolvida e motivada, e de pessoas proativas.

2.1. O Enfermeiro e os cuidados respiratórios à pessoa com dispneia

O enfermeiro ocupa uma posição privilegiada no cuidar da pessoa. Sendo de extrema importância no cuidar da pessoa com dispneia a prestação de cuidados, nomeadamente de reabilitação, assentes na qualidade das relações entre enfermeiro e pessoa. Watson (1988) citado por Silva, Carvalho e Silva (2010) relaciona o processo do cuidar humano (human care) com um processo de interação entre seres humanos, onde o cuidar humano é a dimensão da prática profissional. Sendo a essência dos cuidados de enfermagem esta relação interpessoal, as técnicas, os protocolos e as formas de organização utilizadas pelos enfermeiros, são o acessório dos cuidados de enfermagem.

Também Hesbeen (2000, p.37) refere o processo de cuidar como uma “arte do terapeuta que consegue combinar (...) conhecimento, destreza, de saber-ser, de intuição que lhe vão permitir ajudar alguém na sua situação singular”, nomeadamente a pessoa com dispneia.

Assim, o enfermeiro que cuida de pessoas com dispneia, deverá reger as suas intervenções de acordo com o Código Deontológico e o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (2015) e do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (2015).

A intervenção do enfermeiro de reabilitação tem início numa fase muito precoce, com a prevenção primária, evitando o aparecimento da doença (consequentemente o sintoma dispneia), indo até à intervenção terciária junto da comunidade.

Como refere a Ordem dos enfermeiros (2011) a missão da enfermagem de reabilitação visa a intervenção precoce, a promoção da qualidade de vida, a maximização da funcionalidade, o autocuidado e a prevenção de complicações evitando as incapacidades ou minimizando as mesmas. Utiliza técnicas específicas de reabilitação, prescreve produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) e intervém na educação dos doentes e pessoas significativas, na preparação do regresso a casa, na continuidade dos cuidados e na reintegração do doente na comunidade, promovendo a mobilidade, a acessibilidade e a participação na sociedade.

Neste sentido, as intervenções do enfermeiro de reabilitação passam pela educação da pessoa e família, intervindo de modo a modificar alguns fatores de risco, a elaborar e implementar em conjunto com a pessoa, um Programa de Reabilitação Funcional Respiratória (PRFR) de acordo com o estado de saúde da pessoa e o local tendo em conta os objetivos individuais da mesma, a maximização da sua funcionalidade e desenvolvendo as suas capacidades funcionais a nível cardiorrespiratório.

O quadro que se segue (quadro 1) mostra, de forma resumida, diferentes técnicas de Reeducação Funcional Respiratória.

Quadro 1. - Técnicas de Reeducação Funcional Respiratória.

TÉCNICAS DA REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA	
<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de descanso e relaxamento • Consciencialização e controlo da respiração 	
<ul style="list-style-type: none"> • Expiração com os lábios semicerrados • Respiração diafragmática • Espirometria de incentivo • Exercícios respiratórios: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reeducação diafragmática (porção anterior; porção posterior) ▪ Reeducação da hemicúpula diafragmática direita e esquerda ▪ Reeducação diafragmática com resistência (manual; com dispositivos) ▪ Reeducação costal: <ul style="list-style-type: none"> Global (com bastão; sem bastão) Seletiva (porção anterior; porção posterior; porção inferior; porção lateral com abertura) 	
<ul style="list-style-type: none"> • Manobras de limpeza das vias aéreas: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensino da tosse (dirigida; assistida) ▪ Drenagem postural clássica ▪ Drenagem postural modificada ▪ Manobras acessórias (percussão; vibração; compressão; vibrocompressão) ▪ Flutter/Acapella ▪ Pressão positiva expiratória (PEP) ▪ Expiração lenta total com a glote aberta em decúbito lateral ▪ Ciclo ativo das técnicas respiratórias (CATR) 	
<ul style="list-style-type: none"> • Terapêutica de posição • Abertura costal seletiva 	
<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de correção postural com recurso a espelho quadriculado 	
<ul style="list-style-type: none"> • Exercícios de mobilização torácica e osteoarticular • Treino de exercício aeróbio • Treino de atividades de vida diária 	

Fonte: Cordeiro e Menoita (2012, p.63)

Também é importante fazer ensino à pessoa e família sobre estilos de vida saudável, nomeadamente: exercício físico, alimentação saudável (ingestão de líquidos), evitar ambientes poluídos, evicção tabágica, (in)formação da pessoa/família e dos cuidadores informais sobre a doença.

A mudança para estilos de vida saudável, deve ser uma atitude eterna, como por exemplo deixar de fumar e manter-se fisicamente ativo, são atitudes com enormes benefícios na história natural das doenças respiratórias crónicas (ONDR, 2015).

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação tem, sem dúvida, um papel preponderante, pois possui conhecimentos e competências específicas, é perito em fazer diagnósticos diferenciados, planejar e avaliar intervenções adequadas às necessidades da pessoa e implementar programas de reeducação funcional respiratória, envolvendo a pessoa/família, maximizando o seu potencial funcional e independência (OE, 2010).

Também Rocha (2014 p. 16) reforça que:

O enfermeiro de reabilitação é um profissional de saúde especialmente preparado para intervir adequadamente nos processos de reparação da pessoa, no sentido de promover a máxima autonomia/independência dos indivíduos portadores de *deficits* potencialmente recuperáveis ou a manutenção dos que são irreversíveis, de forma a manter a qualidade de vida do cidadão.

Em suma, o enfermeiro de reabilitação torna-se fundamental na vida das pessoas com dispneia, pois é o profissional que educa, ensina, assiste, supervisiona, escuta, esclarece dúvidas, executa exercícios e técnicas para uma melhor ventilação, levando a uma melhor qualidade de vida, garantindo a excelência dos cuidados de enfermagem.

Não podemos esquecer que o sucesso da reabilitação está afeto a uma equipa multidisciplinar, ao envolvimento da família e sociedade no processo de desenvolvimento de habilidades, da satisfação da vida quotidiana, da melhoria funcional, da reintegração familiar e social e maior autonomia (Faro, 2006).

A equipa multidisciplinar, que cuida de pessoas com dispneia em diferentes contextos, deverá ser constituída por enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, por enfermeiros de cuidados gerais, fisioterapeutas, nutricionistas, médicos, pneumologistas, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, entre outros profissionais. Onde cada um atua de acordo com as suas competências de modo a tornarem as pessoas capazes de gerir a sua doença, mostrarem melhoria do seu estado de saúde, com a diminuição do recurso aos serviços de saúde, melhoria expressiva na qualidade de vida e consequentemente melhoria na vivência familiar e social (ONDR, 2013).

A profissão de enfermagem registou entre nós, nas últimas décadas uma evolução, quer ao nível da formação de base, quer no que diz respeito aos cuidados especializados em enfermagem, tornando-se assim, reconhecido o valor do papel do enfermeiro no âmbito da comunidade científica de saúde de modo a proporcionar qualidade e eficácia na prestação de cuidados de saúde. Prestar cuidados de enfermagem ao ser humano ao

longo do ciclo vital e aos grupos sociais em que está inserido é o objetivo da profissão de enfermagem, de modo a manterem, melhorarem e recuperarem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. Os cuidados de enfermagem são as intervenções autónomas ou interdependentes, realizadas pelo enfermeiro de acordo com as suas qualificações profissionais (OE, 2015).

Os enfermeiros estão obrigados, ao cumprimento dos deveres éticos e princípios deontológicos da profissão, exercendo-a com autonomia técnica e científica e respeitando o direito à proteção da saúde da pessoa e da comunidade. Compete ao enfermeiro contribuir para a defesa dos interesses da pessoa objetivando a continuidade e garantia da qualidade da prestação de cuidados; o dever de informar devidamente a pessoa sobre os cuidados a prestar e prestados, na medida das suas mestrias, atestando a efetividade do consentimento informado (Decreto-Lei nº247/09, 2009, Artigo 8º).

O conteúdo funcional dos enfermeiros de cuidados gerais preconiza, entre outras, identificar, planejar, avaliar e efetuar os registos dos cuidados de enfermagem; sendo pertinente realçar as intervenções de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade, no âmbito da promoção da saúde, da prevenção da doença, do tratamento, da reabilitação e da adaptação funcional; desenvolver métodos de trabalho com vista à melhor utilização dos recursos, à difusão de informação, à qualidade e eficiência; proceder ao tratamento e análise de informação, relativa ao exercício das suas funções, abrangendo aquela que seja relevante para os sistemas de informação institucionais na área da saúde; fomentar programas e projetos de investigação, participar nas equipas e ou orientá-las e contribuir no decurso de desenvolvimento de competências de alunos de enfermagem, bem como de enfermeiros em contexto académico ou profissional.

Ao enfermeiro especialista, além de todos os conteúdos do enfermeiro de cuidados gerais, acresce, entre outros: planejar, coordenar e desenvolver intervenções; identificar necessidades logísticas e promover a utilização dos recursos moldando aos cuidados de enfermagem a prestar; incrementar e colaborar na formação realizada na respetiva organização interna; orientar os enfermeiros, especificamente nas equipas multiprofissionais, no que respeita à definição e utilização de indicadores e orientar as atividades de formação de estudantes de enfermagem, bem como de enfermeiros em contexto académico ou profissional (Decreto-Lei nº247/09, 2009, Artigo 9º).

Enquanto especialidade multidisciplinar, a enfermagem de reabilitação tem como objetivos gerais, melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa, assegurando a sua autoestima. Para alcançar estes objetivos o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, concebe, implementa e monitoriza planos

de reabilitação específicos, fundamentados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O conhecimento distinto e a experiência desenvolvida, permite ao enfermeiro de reabilitação tomar decisões referentes à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa (OE, 2010).

As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação são as seguintes:

(...) Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;

(...) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;

(...) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (Regulamento nº125/2011, p. 8658).

Na sociedade em que vivemos, assistimos a um aumento das doenças crónicas que limitam as capacidades funcionais e diminuem a qualidade de vida, sendo frequentemente precursoras de incapacidade. O enfermeiro de reabilitação cuida de pessoas com incapacidades ou doenças crónicas, dispondo-se a obter ou manter o máximo de capacidades funcionais, um elevado nível de saúde, um saber lidar efetivo com as modificações e transformações que sofreram suas vidas (Hoeman, 2011).

Sendo a enfermagem de reabilitação regulada pelo conceito de cuidar e dando valor à funcionalidade, foi reconhecida a sua influência na melhoria dos cuidados de enfermagem, bem como a promoção de uma sociedade onde as pessoas com deficiência são vistas como cidadãos de pleno direito. O foco de atenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, é a pessoa com necessidades especiais, as pessoas com doença súbita ou descompensação da doença crónica, que provoquem deficit funcional a qualquer nível (cognitivo, motor, sensorial, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade), visando o diagnóstico e intervenção precoce, a promoção da qualidade de vida, a maximização da funcionalidade, o autocuidado e a prevenção de complicações, evitando ou minimizando as incapacidades (OE 2011).

Também Faro (2006), refere que a enfermagem de reabilitação dá ênfase quer à prevenção como ao tratamento das incapacidades, de acordo com metas planeadas (a curto, médio e longo prazo) num trabalho conjunto entre o enfermeiro de reabilitação, a pessoa e a família (ou prestador de cuidados), valorizando a autonomia de todos os intervenientes. É uma atuação orientada numa abordagem holística (atendendo aos aspetos físicos, psicológicos, cognitivos, económicos e sociais da pessoa) e não na disfunção orgânica ou estrutural/anatómica. O enfermeiro de reabilitação tem como compromisso garantir às pessoas com deficiências e incapacidades, assistência de

acordo com o nível de complexidade, utilizando métodos e terapêuticas específicos. Tem um papel essencial na equipa multidisciplinar, definindo pela sua expressão clínica e académica, a importância de somar esforços, compartilhar responsabilidades, conhecimento, reconhecer os limites e dar ênfase às potencialidades e habilidades da pessoa/família, buscando assim assistência com compromisso e qualidade. Na mesma linha de pensamento Rocha (2011), considera o enfermeiro de reabilitação como um profissional “pivô” para planejar, conceber, implementar e gerir programas de reabilitação, ajustados à prevenção e ao processo global de recuperação funcional da pessoa.

É também competência destes enfermeiros monitorizar a implementação e os resultados, dos programas de reabilitação, realizando a avaliação e efetuando os acertos indispensáveis no processo de prestação de cuidados, possibilitando a análise do efeito das suas intervenções, mostrando ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, e difundindo procedimentos mais seguros e eficientes ligados à pessoa, família, prestador de cuidados, sociedade e instituição (Rocha, 2011). Também a OE (2011, p.3), refere que a enfermagem de reabilitação é “uma área de intervenção clínica reconhecida, dá resposta a necessidades concretas da população e às novas exigências em cuidados, contribuindo fortemente para a obtenção de ganhos em saúde.”

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE) e os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (PQCEER) constituem um instrumento essencial para a promoção da melhoria contínua dos cuidados, onde os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros explicitam a natureza e englobam os diferentes aspetos do mandato social da profissão de enfermagem. Assim, constituem um instrumento importante que ajuda a explicitar o papel do enfermeiro junto dos clientes, dos outros profissionais, nomeadamente dos enfermeiros de cuidados gerais, da população e dos políticos. Para tal foi definido seis categorias de enunciados descritivos, relativas a: satisfação dos clientes; promoção da saúde; prevenção de complicações; bem-estar e ao autocuidado dos clientes; readaptação funcional e organização dos serviços de enfermagem. Estas apontam para que o enfermeiro persiga os mais elevados níveis de satisfação da pessoa, ajudando a alcançar o máximo potencial de saúde; maximizando o bem-estar da pessoa ajudando e cooperando/complementando nas atividades de vida; o enfermeiro juntamente com a pessoa desenvolve processos eficientes de adaptação aos problemas de saúde e contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2012).

O Regulamento dos PQCEER, que se constitui um instrumento fundamental para a promoção da melhoria contínua dos cuidados de enfermagem de reabilitação, identifica, para além das categorias de enunciados descritivos já referidas, a reeducação funcional; promoção da inclusão social e organização dos cuidados de enfermagem. Estes enunciados visam que na procura permanente da excelência no exercício profissional o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação persiga os mais elevados níveis de satisfação das pessoas; ajude as pessoas a conseguirem o máximo potencial de saúde; previna complicações para a saúde das pessoas, maximize o bem-estar das pessoas suplementando/complementando as AVD para as quais a pessoa é dependente; em conjunto com a pessoa/família desenvolve processos de adaptação eficazes aos problemas de saúde; juntamente com a pessoa cria processos de reeducação funcional visando a qualidade de vida e a reintegração e participação na sociedade; desenvolve processos de promoção da inclusão social das pessoas com deficiência e contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem, sendo de sublinhar o cuidado "supervisão das atividades que concretizam as intervenções de Enfermagem de reabilitação e que, em virtude da necessidade de continuidade de cuidados, sejam suscetíveis de serem delegadas no enfermeiro de cuidados gerais ou outros" (Regulamento nº 350/2015).

A importância da continuidade de cuidados é corroborada por Andrade [et al.], (2010, p. 1059):

o reconhecimento do papel do enfermeiro no processo de reabilitação por seus pares e pelos demais membros da equipe multidisciplinar, faz-se necessário para que a qualidade do processo de reabilitação alcance os níveis de excelência desejados. A falta de comunicação entre os enfermeiros e os demais membros da equipe pode determinar uma piora no processo de reabilitação.

Do abrangente conjunto de funções e competências dos enfermeiros e dos enfermeiros especialistas, emergem importantes e relevantes as que se relacionam com o domínio do desenvolvimento profissional, onde o enfermeiro assume responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção e aperfeiçoamento das competências. Neste âmbito o enfermeiro especialista:

(...) Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento. (...). Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade.(...). Atua como formador oportuno em contexto de trabalho, na supervisão clínica e em dispositivos formativos formais. (...) Diagnostica necessidades formativas. (...) Concebe e gere programas e dispositivos formativos. (...) Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento

de habilidades e competências dos enfermeiros. (...) Avalia o impacto da formação (Regulamento 122/2011).

É importante conseguir pessoas informadas e participativas e cuidadores preparados e proativos uma vez que uma correta gestão da doença dependerá em grande parte da aprendizagem conseguida. Para tal, é primordial que o enfermeiro tenha conhecimentos e competências para garantir a excelência nos cuidados de enfermagem.

O enfermeiro pode também dar o seu contributo na melhoria da formação de enfermeiros e outros profissionais de saúde em programas de formação contínua contribuindo assim para o desenvolvimento do conhecimento (OE, 2010).

Para a excelência dos cuidados de enfermagem à pessoa com dispneia, é de crucial importância a continuidade dos cuidados de reabilitação à pessoa, tornando-se importante uma boa articulação entre os enfermeiros de reabilitação e os enfermeiros dos cuidados gerais, numa atitude de complementaridade.

Em síntese, o enfermeiro de reabilitação é detentor de competências específicas para a prestação de cuidados à pessoa com dispneia, no entanto, o enfermeiro de cuidados gerais tem um papel importante na prestação de cuidados básicos respiratórios. A articulação de saberes entre o enfermeiro de reabilitação e o enfermeiro de cuidados gerais conduz à prestação de cuidados de excelência. Neste sentido, o enfermeiro de reabilitação assume um papel de facilitador da aprendizagem, do desenvolvimento de competências, de promotor e supervisor da qualidade de cuidados.

2.2. A teoria do défice de Autocuidado de Dorothea Orem e a pessoa com dispneia

Como já foi referido anteriormente a dispneia tem implicações na autonomia da pessoa afetando a realização das AVD, nomeadamente o autocuidado, que segundo Petronilho (2012, p.8) “(...) tem sido identificado como um recurso para a promoção da saúde e gestão bem-sucedida dos processos de saúde doença”.

Neste sentido, os enfermeiros no cuidar das pessoas com dispneia, sustentam as suas práticas em referenciais, entre os quais nos parece pertinente a teoria do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem.

Para Bento (2006), a Teoria do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem orienta a prática do enfermeiro de reabilitação, tendo este como objetivo a autonomia da pessoa na satisfação das suas necessidades básicas, promovendo a realização das mesmas quando esta está impossibilitada de as realizar, numa etapa do seu continuum de vida, engrandecendo, deste modo, o autocuidado.

Esta teoria tem por base o autocuidado, partindo do pressuposto que toda a pessoa saudável tem um conjunto de mestrias e capacidades para se auto cuidar. No entanto quando há um déficit no autocuidado, que pode ser devido a doença, escassez de recursos ou fatores ambientais, carece de ajuda. Ao enfermeiro cabe proporcionar a ajuda necessária para a realização dos autocuidados, tendo como foco as limitações e incapacidades da pessoa de modo a planejar e implementar intervenções que ajudem a pessoa a colmatar as limitações e a restabelecer o autocuidado, indo ao encontro das necessidades da pessoa. Deste modo o enfermeiro pretende, promover a recuperação da pessoa e/ou manutenção das capacidades funcionais para o autocuidado (Tomey e Alligood, 2004).

São três as teorias que compõem a teoria do déficit do autocuidado de Orem e que estão inter-relacionadas: autocuidado, teoria do déficit de autocuidado e teoria dos sistemas de enfermagem.

O autocuidado é descrito, como sendo a prática de atividades que a pessoa realiza para seu benefício, para manter a vida, a saúde e o bem-estar. Quando a pessoa o consegue realizar ajuda a manter a integridade estrutural e o seu funcionamento contribuindo para o seu desenvolvimento. Deste modo o autocuidado é formado e organizado ao longo do desenvolvimento do ser humano, para colmatar e satisfazer as necessidades ao longo do ciclo vital da pessoa. A capacidade da pessoa para o autocuidado é afetada por fatores condicionantes básicos como a idade, o sexo, o estado de desenvolvimento, o estado de saúde, a orientação sociocultural. Assim, Orem definiu três categorias de requisitos para o autocuidado: universais; desenvolvimento e desvio de saúde. Estes são definidos como ações dirigidas à provisão de autocuidado. Os requisitos universais estão relacionados com os processos da vida e com a manutenção da integridade da estrutura e do funcionamento da pessoa (são comuns a todos os seres humanos ao longo do ciclo vital), comumente designados por atividades de vida diárias. Quanto aos requisitos de desenvolvimento surgem quando à necessidade adaptação às possíveis mudanças na vida da pessoa, fomentando os processos de vida e maturação da pessoa e precavendo as condições que possam ser nefastas à sua maturação. Quando existe um desvio de saúde os requisitos para o autocuidado sofrem alterações em situação de doença da pessoa, de lesões, de alterações patológicas, deficiências ou incapacidades atendendo ao diagnóstico ou tratamento médico, que vão determinar os tipos de necessidades de cuidados ao longo deste estado.

A Teoria do déficit de autocuidado descreve qual a razão e quando é que a pessoa necessita da intervenção de enfermagem, é considerada o cerne da teoria de Orem. A intervenção da enfermagem surge quando a pessoa é incapaz ou tem limitações para a

realização do autocuidado (défice). Assim compete ao enfermeiro ajudar a pessoa proporcionando a assistência no autocuidado, a necessidade de cuidados de enfermagem é diretamente proporcional ao grau de dependência da pessoa (maior dependência maior necessidade de cuidados de enfermagem), pelo que Orem identificou cinco métodos de ajuda: agir ou fazer para a pessoa; guiar e orientar; proporcionar apoio físico e psicológico; proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal e ensinar. O enfermeiro atua como orientador, instrutor e conselheiro da pessoa para que se torne mais autónoma para o autocuidado, conseguindo deste modo um melhor desempenho nas atividades de vida diária (Tomey e Alligood, 2004).

Por fim a **teoria dos sistemas de enfermagem** onde se descreve como se inicia a intervenção de enfermagem. Esta teoria centra-se nas necessidades e nas capacidades/potencial da pessoa para desempenhar as atividades de autocuidado atendendo às suas limitações. Deste modo Orem sugere três sistemas de enfermagem para a satisfação da necessidade de autocuidado da pessoa: sistema totalmente compensatório, em que o enfermeiro substitui a pessoa para a promoção do autocuidado, atendendo a que esta, por incapacidade, é completamente dependente para o autocuidado; sistema parcialmente compensatório, quando a intervenção do enfermeiro compensa as incapacidades de autocuidado da pessoa, isto é, juntos agem para desempenhar as ações de autocuidado; e sistema de apoio-educação, atendendo a que a pessoa tem capacidades para desempenhar ou aprender a desempenhar as ações de autocuidado, mas carece da ajuda do enfermeiro para orientação, apoio e ensino/educação (Tomey e Alligood, 2004).

A teoria do défice de autocuidado, segundo Queirós, Vidinha e Filho (2014, p.163), proporcionou que o conceito autocuidado assumisse

(...) centralidade disciplinar pela sua capacidade de clarificar um propósito para a enfermagem [nomeadamente de reabilitação] (promover ou restituir a capacidade de autocuidado das pessoas) e pelo poder explicativo de uma acção (aquisição de competências para a autonomia e auto determinação). (...) o poder deste conceito, que permite o desenvolvimento de outros, como sejam o autocuidado estimativo, autocuidado transitivo e o autocuidado produtivo, que adquirem poder operatório e que podem ser utilizados na construção de narrativas do que fazemos e na identificação do estágio em que se situam os beneficiários da nossa ação.

É aqui que o enfermeiro de reabilitação e o enfermeiro de cuidados gerais intervêm no sentido de a pessoa tornar-se mais autónoma atendendo às suas limitações, desenvolvendo estratégias adaptativas que possibilitem a utilização do máximo potencial de autocuidado. Como refere Januário (2013, p.10) “Reabilitar nem sempre significa o

retorno da função, mas em muitas situações é sinónimo de adaptação à nova situação de saúde”.

Na pessoa com dispneia, muitas vezes o autocuidado está comprometido, cabendo ao enfermeiro ajudar e educar a pessoa na gestão da sua dispneia através da prestação de cuidados adequados e em complementaridade e sob supervisão do enfermeiro de reabilitação, na implementação de programas de reabilitação respiratória, que promovam melhoria da qualidade de vida. Januário (2013, p.9) reforça a relevância do enfermeiro de reabilitação quando diz que as suas intervenções “face à diminuição das habilidades de autocuidado, visam potenciar as capacidades da pessoa e/ou desenvolver estratégias adaptativas que permitam a utilização do máximo potencial de autocuidado”.

Estudos realizados por Doran [et al.] 2006; Marek [et al.] 2006 e Rose [et al.] 2007 comprovam a eficácia dum programa de reabilitação na manutenção ou obtenção de competências de autocuidado.

Assim, à luz desta teoria o enfermeiro de reabilitação tem um papel crucial para promover e/ou restituir a capacidade de autocuidado das pessoas com dispneia, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida.

Também a mesa do colégio da especialidade de enfermagem de reabilitação (2011) reforça que o treino da AVD é componente dos planos e programas de enfermagem de reabilitação com intuito de facultar à pessoa a oportunidade de adquirir o máximo de funcionalidade possível.

Capítulo Dois - METODOLOGIA E MÉTODOS DE INVESTIGAÇÃO

3. TODO UM PERCURSO

Segundo Fortin (2009, p.19): “A metodologia da investigação pressupõe ao mesmo tempo um processo racional e sistemático e um conjunto de técnicas ou de meios que permitem realizar a investigação”.

Este capítulo destina-se a descrever o processo metodológico: objeto e objetivos de estudo, contexto e participantes, bem como os métodos e procedimentos de recolha e análise de dados.

3.1. Da problemática aos objetivos de estudo

A incidência de pessoas com dispneia no serviço de urgência encontra-se em progressão e como principal causa implícita, depara-se com o conjunto das doenças do aparelho respiratório, seguidas pelas doenças circulatorias (Braga, 2010).

Um estudo realizado no serviço de urgência em 2010 no Hospital Geral de Santo António - Centro Hospitalar do Porto, revelou que, do grupo das doenças do aparelho respiratório, a asma e a pneumonia são as principais patologias diagnosticadas, 20% e 15,5% respetivamente. Quanto às patologias do aparelho circulatorio é a insuficiência cardíaca que é o motivo de dispneia em 54.8% dos doentes. Também importa mencionar que a ansiedade se constitui como o principal distúrbio mental, associado ao aparecimento de dispneia aguda, diagnosticado no SU (Braga, 2010).

No serviço de urgência onde foi realizada esta investigação, não há estudos realizados neste sentido, mas pelo que é dado a observar e entender, parece-nos possível encontrar semelhanças com os resultados supramencionados. Este serviço tem implementado o sistema de Triagem de Prioridades de Manchester, de modo a hierarquizar o atendimento. Todas as pessoas que a ele recorrem são triadas de acordo com a sua sintomatologia, onde o enfermeiro triador seleciona um dos cinquenta e dois fluxogramas, sendo “dispneia” um desses.

De acordo com a minha experiência profissional e contexto de trabalho, nos meses de outono e inverno o número de pessoas que recorrem ao serviço de urgência com dispneia aumenta. Como enfermeira a exercer funções num serviço de urgência, ao qual recorrem muitas pessoas com o sintoma dispneia devido a várias patologias, quer agudas quer crónicas, preocupada com o impacto que esta problemática tem para a saúde e qualidade de vida das pessoas, questionamo-nos sobre o tipo de cuidados que lhes são prestados pelos enfermeiros. Neste sentido, e tendo por base as competências

do enfermeiro de cuidados gerais e do enfermeiro de reabilitação surgiu a necessidade de estudar **a intervenção dos enfermeiros no controlo da dispneia**, com a finalidade contribuir para a melhoria e excelência dos cuidados de enfermagem à pessoa com dispneia no serviço de urgência, percebendo os cuidados que são prestados e identificando a intervenção consentânea com a melhoria da prática clínica dos enfermeiros de cuidados gerais.

Assim, na organização da ideia de pesquisa surgiram as seguintes questões de investigação:

- Quais as técnicas de controlo da dispneia mobilizadas pelos enfermeiros do serviço de urgência, no cuidar da pessoa com dispneia?
- Quais as intervenções dos enfermeiros junto da pessoa com dispneia?
- Que dificuldades sentem os enfermeiros na implementação de técnicas de controlo da dispneia?
- Que necessidades de formação sobre técnicas de controlo da dispneia sentem os enfermeiros?

Tendo por base as questões orientadoras do estudo, emergem os seguintes objetivos:

- Descrever as técnicas de controlo da dispneia utilizadas pelos enfermeiros do serviço de urgência.
- Analisar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros no serviço de urgência na sua intervenção relativamente às técnicas de controlo de dispneia.
- Determinar as necessidades de formação dos enfermeiros do serviço de urgência sobre técnicas de controlo de dispneia.

Dando continuação ao capítulo metodologia, abordaremos de seguida o tipo de estudo.

3.2. Tipo de estudo

Atendendo às características da problemática e aos objetivos definidos optamos pela metodologia de investigação qualitativa de carácter exploratório descritivo. Na investigação qualitativa, segundo Fortin (2009, p.41) “as questões de investigação são exploratórias e interessam-se pelo vivido, sendo o objectivo descobrir, explorar, descrever e compreender os fenómenos”.

Esta metodologia de investigação privilegia os contextos onde os fenómenos decorrem. Segundo Hernández Sampieri, Fernández Collado e Baptista Lucio (2006) um estudo qualitativo procura compreender o fenómeno de estudo no seu ambiente habitual (como

vivem as pessoas, como se comportam, como agem e o que pensam). Estes tipos de estudos, segundo os mesmos autores “Fundamentam-se mais num processo indutivo (exploram e descrevem e logo geram perspectivas teóricas) vão do particular para o geral” (idem, p.11).

A pesquisa qualitativa “oferece um ponto de vista recente, natural e holístico dos fenómenos, assim como flexibilidade”. (Hernández Sampieri, Fernández Collado e Baptista Lucio, 2006, p.15). Esta metodologia fornece profundidade dos dados, riqueza interpretativa, contextualização do ambiente, detalhes e experiências únicas.

Segundo Fortin (2009, p.215) “o desenho descritivo é apropriado quando o objetivo perseguido é descrever um fenómeno ainda mal conhecido”. Sendo, neste caso, as técnicas de controlo de dispneia mobilizadas pelos enfermeiros do serviço de urgência, no cuidar da pessoa com dispneia.

Assim, este tipo de estudo dá-nos a possibilidade de conhecer a realidade sob o ponto de vista dos participantes, sustentando a nossa opção para a presente investigação, onde na voz dos enfermeiros do serviço de urgência, quisemos conhecer a sua perceção sobre as experiências vividas ao cuidar do doente com dispneia no seu contexto profissional.

3.3. Contexto de estudo e participantes

Neste estudo os participantes são os Enfermeiros de um Serviço de Urgência médico-cirúrgica, de um hospital que integra um Centro Hospitalar da Região Norte. Este Centro Hospitalar possui como missão prestar cuidados de saúde de qualidade à população da sua área de influência, assegurando, em simultâneo, o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, num quadro de eficiência e eficácia. A área de influência do Centro Hospitalar abrange dois municípios e algumas freguesias vizinhas de outros municípios o que corresponde a cerca de 150 000 habitantes.

O serviço de Urgência comporta as seguintes especialidades: cirurgia geral, ortopedia, medicina interna, pediatria, ginecologia, obstetrícia e anestesia. O Serviço está dividido em duas áreas: área de adultos e área pediatria.

Poder realizar o estudo no contexto próximo do investigador foi vantajoso pelo facto de se tornar mais fácil a colheita de dados e menos dispendiosa, quer a nível de tempo quer de capital.

Os participantes do estudo são enfermeiros que exercem funções na área de adultos, onde recorrem o maior número de pessoas com o sintoma dispneia e foram seleccionados

de acordo com o critério: não estar em período de integração. Este critério foi definido percebendo-se que um enfermeiro no referido período, geralmente tem um conjunto de dificuldades que necessita ultrapassar, muitas delas relacionadas com o tipo de necessidades de cuidados que os doentes no SU requerem, assim como, com o conhecimento das dinâmicas, estrutura e recursos do serviço.

No entanto, realçamos que no contexto do estudo, preferencialmente os enfermeiros quando iniciam funções no SU já têm alguns anos de experiência profissional e competências específicas (nomeadamente curso de suporte avançado de vida; curso de triagem de prioridades de Manchester, entre outros) para poderem exercer funções neste contexto.

De acordo com este critério, os participantes foram seleccionados aleatoriamente, num total de cinco enfermeiros, sendo que três são licenciados em enfermagem e dois possuem o curso de especialização em enfermagem médico-cirúrgica, cuja caracterização se encontra representada no quadro 2.

Quadro 2. - Caracterização dos participantes.

Enfermeiro	Sexo	Idade (anos)	Tempo de serviço como enfermeiro	Tempo de serviço como enfermeiro no serviço de urgência
E1	F	29	6 anos	4 anos
E2	F	37	15 anos	6 anos
E3	F	46	21 anos	20 anos
E4	M	45	20 anos	15 anos
E5	F	35	11 anos	5 anos

Na análise do quadro 2 verifica-se que os participantes são predominantemente do sexo feminino (80%). As idades estão compreendidas entre os 29 e 46 anos, sendo a média de idades de 38 anos, o tempo de serviço como enfermeiro varia entre os 6 e os 21 anos, sendo a média de 15 anos, e o tempo de serviço como enfermeiro no serviço de urgência varia entre 4 e 20 anos, com uma média de 10 anos.

Podemos assim, dizer que os participantes no estudo são enfermeiros experientes, tanto no seu percurso profissional como no exercício de funções no contexto em que o estudo decorreu.

3.4. Instrumentos e procedimentos de recolha de dados

No estudo qualitativo, segundo Hernández Sampieri, Fernández Collado e Baptista Lucio (2006, p.375) “a colheita de dados é fundamental, o objetivo é obter informações de indivíduos (...) nas próprias palavras e em seu contexto”.

Na investigação qualitativa o investigador participa na recolha de dados no terreno e os instrumentos de colheita que utiliza são a observação, a entrevista, os documentos impressos e as notas de campo do investigador (Fortin, 2009).

Também Hernández Sampieri, Fernández Collado e Baptista Lucio (2006, p.286) referem que colher dados:

implica três atividades profundamente vinculadas entre si: (...) *selecionar um instrumento ou método de coleta dos dados* entre os disponíveis na área do estudo, (...). Esse instrumento deve ser válido e confiável, (...). Aplicar esse instrumento ou método para coletar dados, isto é, obter observações, registos ou medições de variáveis, acontecimentos, categorias ou objetos que são de interesse para o nosso estudo. (...) Preparar observações, registos e medições obtidas para que sejam analisadas corretamente.

Para este estudo, atendendo às suas características e opções que fizemos, selecionamos como instrumentos de recolha de dados a entrevista semiestruturada e a observação não participante e sistemática das intervenções dos enfermeiros no cuidar da pessoa com dispneia, atendendo aos objetivos preconizados.

A entrevista é o principal método de colheita de dados na investigação qualitativa, existindo diversas formas de fazer uma entrevista. Tradicionalmente classificam-se as entrevistas em: não diretivas, em semidiretivas, também chamadas semiestruturadas e em diretivas.

A entrevista semiestruturada foi a opção para este estudo, pelo facto de ser a mais utilizada quando o investigador quer compreender o significado de um acontecimento vivido pelos participantes, o que estes sentem e pensam em relação ao objeto de estudo. Este tipo de entrevista permite o contacto direto do investigador com o entrevistado, possibilita a exploração da temática sem o distanciamento da mesma, e o entrevistado tem “(...) a ocasião de exprimir os seus sentimentos e as suas opiniões sobre o tema

tratado. O objetivo é compreender o seu ponto de vista” (Fortin, 2009, p.377). Assim, o entrevistador elabora uma lista de temas a abordar, formula questões (abertas ou fechadas) sobre o tema que quer compreender, como o significado de um acontecimento ou fenómeno (Bardin, 2011, Fortin, 2009).

Nas entrevistas que realizamos pretendemos conhecer a opinião dos enfermeiros sobre técnicas de controlo de dispneia e as experiências vividas no seu contexto de trabalho pelo que elaboramos um guião (apêndice A) em outubro 2014. Este é constituído por dois blocos temáticos, um destinado à caracterização dos participantes e outro ao conhecimento das suas perspetivas em relação ao objeto de estudo, recorrendo a questões abertas e a questões fechadas.

Construído o guião, foi efetuado um pré-teste a um enfermeiro do serviço que não integrou os selecionados para o estudo, com o objetivo de verificar se as questões sugeridas foram bem compreendidas e capazes de proporcionar dados relevantes e pertinentes para o estudo. Após a sua realização e análise dos dados recolhidos não surgiram dúvidas e os resultados enquadravam-se nos objetivos pretendidos pelo que o guião não sofreu alterações.

Entre fevereiro e março de 2015 foi realizado um contacto pessoal a cada um dos enfermeiros selecionados, e que depois foi participante, para apresentar a finalidade, os objetivos do estudo e pedir a autorização para a realização das entrevistas e a gravação áudio (apêndice B).

As entrevistas a cada um dos cinco enfermeiros do serviço de urgência foram realizadas durante o horário de trabalho dos mesmos, facilitando a sua participação e agilizando o processo de recolha de dados. Durante as entrevistas, que foram realizadas num gabinete do serviço, foi mantido um ambiente calmo, o menos constrangedor possível e sem interrupções por terceiros e onde os telefones e telemóveis estavam desligados.

As entrevistas permitiram perceber na voz dos participantes o que sabem e que cuidados prestam à pessoa com dispneia. No entanto, mostrou-se pertinente conhecer as suas práticas associando-se a observação. Como testemunha Fortin (2009, p.371) “O estudo de observação consiste em recolher dados por meio da observação. Constitui frequentemente o meio privilegiado de medir comportamentos humanos ou acontecimentos”.

A observação pode ser de dois tipos: observação participante e observação não participante.

A observação participante “(...) não é mera contemplação (...). Implica entrar a fundo em situações sociais e manter um papel ativo, assim como uma reflexão permanente, e estar

atento aos detalhes (...) de fatos, eventos e interações”. (Hernández Sampieri, Fernández Collado e Baptista Lucio, 2006, p.383).

A observação não participada permite ao investigador recolher informação sobre os comportamentos num momento em que é julgado oportuno, em meio natural e sem que o observador tenha participação e é menos constrangedora (Fortin, 2009).

Com o intuito de identificar os cuidados que os enfermeiros prestam à pessoa com dispneia, nomeadamente no que diz respeito ao recurso a técnicas de controlo da mesma e, de modo a que a presença do investigador tivesse a mínima influência possível, optamos pela observação não participante e sistemática, recorrendo a uma grelha de observação modelo (Flick, 2009). A observação sistemática fomenta a objetividade na colheita de dados e evita que o investigador seja influenciado (Silva, 2013).

Elaboramos uma grelha de observação (apêndice C) com base no quadro conceptual sobre as intervenções dos enfermeiros de cuidados gerais à pessoa com dispneia, nomeadamente no que diz respeito ao controlo do sintoma.

As observações decorreram no final de março de 2015, em dois momentos, tendo sido escolhidos dois turnos da manhã de cada enfermeiro, pelo facto de neste turno ser maior a probabilidade de podermos observar intervenções realizadas pelos enfermeiros e maior disponibilidade por parte do observador. Os resultados obtidos e a limitação de tempo para a realização da colheita de dados e do estudo, levaram-nos a não alargar o período de observação.

Da observação realizamos registos em grelha própria, assinalando as intervenções executadas pelos participantes e, sempre que pertinente, anotações que permitiram perceber melhor o observado aquando a análise dos dados.

3.5. Procedimento de análise de dados

Finda a etapa de recolha de dados, inicia-se a fase de tratamento, análise e interpretação dos resultados.

Na abordagem qualitativa “o investigador examina os dados, organiza-os e tenta penetrar na significação dos relatos que recolheu” (Fortin, 2009, p. 301). A análise de dados na metodologia qualitativa surge como uma fase que decorre ao longo de todo o processo de investigação.

Após a recolha de dados iniciamos o processo de tratamento dos mesmos com recurso à técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), a qual oscila entre o polo do

rigor da objetividade e o polo da fecundidade da subjetividade. É um instrumento polimorfo e polifuncional.

Segundo Fortin (2009, p.379), a análise de conteúdo consiste em “(...) medir a frequência, a ordem, a intensidade de certas palavras, de certas frases ou expressões ou de certos factos e acontecimentos”.

Para Bardin (2011, p.44) a análise de conteúdo é

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (...) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Assim, a análise de conteúdo possibilita mostrar as estruturas e dados do conteúdo, analisando detalhadamente todos os vocábulos e frases que o compõe; buscando o seu sentido, identificando, comparando, avaliando e selecionando o conteúdo para clarificar as suas distintas características e retirar o seu significado. “É válida, sobretudo, na elaboração das deduções específicas sobre um acontecimento ou variável de inferência precisa, e não em inferências gerais. Pode funcionar sobre corpus reduzidos e estabelecer categorias mais discriminantes” (Bardin, 2011, p. 141).

Efetuada as entrevistas, foram ouvidas as gravações áudio e feita a sua transcrição, permitindo ter o primeiro contacto com o material. Definido o *corpus* de análise, constituído por todas as transcrições, procedeu-se ao tratamento de dados realizando as primeiras leituras das entrevistas com o intuito de explorar as mesmas, interpretar as expressões dos participantes, permitindo agrupar ideias e significados em áreas temáticas ou temas.

Bardin (2011, p.131), citando M.C. d'Unrug (1974) define tema como:

uma unidade de significação complexa, de comprimento variável; a sua validade não é de ordem linguística, mas antes de ordem psicológica: podem constituir um tema tanto uma afirmação como uma alusão; inversamente, um tema pode ser desenvolvido em várias afirmações (ou proposições). Enfim, qualquer fragmento pode remeter (e remete geralmente) para diversos temas...

Prosseguindo as leituras com a finalidade de organizar os dados que estavam em bruto, de modo a simplificar no sentido de intensificar a sua percepção e explicação, procedemos à codificação, categorização e integração nas diferentes áreas temáticas, que emergiram com as primeiras leituras e análise. Bardin (2011, p.145), menciona que categorias “(...) são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registo, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão das características comuns destes elementos. (...)”.

Neste sentido, no nosso percurso de análise tornou-se importante definir o significado dos termos utilizados na identificação das categorias, para uma melhor compreensão e interpretação dos dados, simplificando a sua análise e ajudando na compreensão dos resultados.

O quadro que se segue apresenta as regras aplicadas a cada categoria.

Quadro 3. - Definição de Termos

Categoria	Regra aplicada
Posicionamento / Posicionar	Alternância de decúbito atendendo à condição do doente. (OE, 2013).
Tosse	Mecanismo fisiológico que remove as secreções do aparelho respiratório (Hoemen, 2011).
Dissociação dos tempos respiratórios	Realizar a inspiração pelo nariz e a expiração pela boca (Cordeiro e Menoita, 2012).
Percussão	Técnica de cinesiterapia respiratória, em que se coloca as mãos em concha e de forma ritmada, bate na área alvo do tórax do doente (Hoemen, 2011).
Respiração abdominal	Também designada como respiração diafragmática, em que proporciona um maior movimento do diafragma, associando a consciencialização e controlo da respiração. (Cordeiro e Menoita, 2012).
Medidas Terapêuticas	Conjunto de procedimentos para o controlo/tratamento da dispneia.
Monitorização de parâmetros respiratórios	Supervisionar a frequência respiratória e a saturação digital de oxigénio do doente.
Gestão de medidas terapêuticas	Encarregar-se de organizar cuidados e procedimentos com fins terapêuticos.
Ensino da tosse	Dar informação sistematizada sobre a técnica da tosse.
Vibração	Movimentos oscilatórios, rítmicos, de pequena amplitude e rápidos, exercidos sobre a parede do tórax, com intensidade suficiente para causar vibração a nível brônquico (Cordeiro e Menoita, 2012).
Aspiração de secreções	Procedimento invasivo de remoção de secreções traqueobrônquicas das vias centrais, com recurso a vácuo (Cordeiro e Menoita, 2012).
Gerir ambiente físico	Encarregar-se de organizar com eficácia o ambiente onde está o doente.
Gerir medidas de conforto	Providenciar e organizar meios para o conforto do doente.
Controlo de ansiedade	Conseguir regular sentimentos de angústia para diminuir a dispneia.
Controlo respiratório	Controlar a respiração, tendo em conta a frequência, amplitude e ritmo, adequados à sua situação (Cordeiro e Menoita, 2012).

Categoria	Regra aplicada
Eliminação de secreções	Capacidade para remover secreções da árvore traqueobrônquica.
Maximização da autonomia	Aumentar a capacidade para as atividades de vida diária.
Défice de conhecimentos	Falta de conhecimentos sobre técnicas de controlo de dispneia.
Défice de recursos humanos	Falta de enfermeiros e assistentes operacionais.
Recursos materiais inadequados	Materiais que não satisfazem as necessidades para o cuidar da pessoa com dispneia.
Recursos físicos inadequados	Instalações físicas que não satisfazem as necessidades para o cuidar da pessoa com dispneia.
Falta de tempo	Escassez de tempo para prestar cuidados à pessoa com dispneia.
Melhorar a prestação de cuidados	Cuidados mais adequados e com mais qualidade à pessoa com dispneia.
Melhorar o conhecimento	Aperfeiçoar conhecimentos sobre técnicas de controlo de dispneia.

À medida que prosseguimos a leitura dos dados, fomos especificando cada vez mais as categorias, emergindo subcategorias, resultando uma matriz de análise composta por áreas temáticas, categorias e subcategorias.

Para o tratamento dos dados recolhidos através da observação, recorreremos à análise descritiva dos registos realizados em grelha própria, enriquecendo-a com as anotações de pormenores pertinentes para o estudo.

Por último utilizamos a técnica de triangulação de métodos e de dados que segundo Azevedo [et al.] (2013) reporta-se ao uso de variados métodos para obter os dados mais absolutos e detalhados possíveis sobre o fenómeno. Compreende a combinação de diversos métodos, geralmente a observação e a entrevista, de modo a compreender melhor os distintos aspetos de uma realidade e a evitar os enviesamentos. Quanto à triangulação de dados significa colher dados em distintos períodos e de diferentes fontes, de modo a obter uma descrição mais rica e detalhada dos fenómenos. Segundo Duarte (2009) a triangulação dos dados possibilita conhecer aspetos que levam à melhoria do estudo, mostrando dados que poderiam, de outro modo permanecer escondidos.

Assim, fizemos a triangulação dos métodos utilizados neste estudo, que foram a entrevista e a observação, e a triangulação dos dados obtidos através destes métodos.

4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A investigação é regulada por procedimentos éticos, segundo Fortin (2009, p.181), “Qualquer que seja o tipo de estudo ou a estratégia que utiliza, o investigador é chamado a resolver certas questões de ordem ética”. Respeitando os princípios éticos da beneficência, da não maleficência, da autonomia e da justiça e também salvaguardando a confidencialidade dos dados.

O princípio da beneficência tem como pressuposto fazer o bem, ajudar o outro a obter o que é para seu benefício, sem o prejudicar. O da não maleficência prevê não prejudicar, não praticar o mal ao outro. Quanto ao princípio da autonomia confere a capacidade de escolha ponderada das várias alternativas propostas ou pensadas, o respeito pelas decisões individuais e respeito pela autodeterminação. Relativamente ao princípio da justiça as pessoas devem ter tratamento igual atendendo às suas diferenças.

Assim procedemos ao pedido de autorização (apêndice D) para a realização deste estudo que foi enviado ao Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar, em 18 de novembro de 2014, tendo sido homologado em 26 de novembro de 2014.

Foi pedido o consentimento informado a cada um dos participantes do estudo. Os contactos foram efetuados no serviço, realçando o carácter facultativo e o direito à interrupção da sua participação de forma livre e sem qualquer prejuízo para o profissional. Foram explicados os objetivos, garantido o anonimato e sigilo, informado que as entrevistas gravadas serão destruídas aquando do término do estudo e, que as informações recolhidas serão codificadas e utilizadas apenas de acordo com os objetivos e finalidades do estudo. Aos participantes foi solicitado a assinatura do consentimento informado (apêndice B) e foram também informados de que os resultados ficarão disponíveis para a sua consulta após a conclusão da investigação.

Capítulo Três - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5. A INTERVENÇÃO NO CONTROLO DA DISPNEIA – NA VOZ DOS ENFERMEIROS

Este capítulo reporta-se à apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos, das entrevistas com o intuito de dar resposta aos objetivos a que nos propusemos atingir.

Decidimos realizar simultaneamente, a interpretação e discussão dos resultados para facilitar a organização e a leitura. Assim, ao longo da exposição, utilizamos quadros ilustrativos para melhor compreensão.

Do processo da análise de conteúdo das entrevistas realizadas aos enfermeiros do serviço de urgência, emergiram cinco (5) áreas temáticas, vinte e sete (27) categorias e quatro (4) subcategorias, como se apresenta no quadro 4.

Quadro 4. - Áreas temáticas, categorias e subcategorias emergentes das entrevistas

Área temática	Categoria	Subcategoria
Conhecimento sobre técnicas de controlo de dispneia	Posicionamento	
	Tosse	
	Dissociação dos tempos respiratórios	
	Percussão	
	Respiração abdominal	
	Medidas terapêuticas	
Intervenções dos enfermeiros à pessoa com dispneia	Gestão de medidas terapêuticas	Oxigenoterapia
		Inaloterapia
		Farmacológica
		Ventilação não invasiva
	Monitorização de parâmetros respiratórios	
	Ensino da tosse	
	Posicionar	
	Dissociação dos tempos respiratórios	
	Percussão	
	Vibração	
	Aspiração de secreções	
	Gerir ambiente físico	
	Gerir medidas de conforto	
	Controlo de ansiedade	

Área temática	Categoria	Subcategoria
Perceção dos enfermeiros relativamente à importância das técnicas de controlo de dispneia.	Controlo respiratório	
	Eliminação de secreções	
	Maximização da autonomia	
Dificuldades sentidas pelos enfermeiros na utilização das técnicas de controlo de dispneia	Défice de conhecimentos	
	Défice de recursos humanos	
	Recursos materiais inadequados	
	Recursos físicos inadequados	
	Falta de tempo	
Perceção do impacto da formação na prática de cuidados respiratórios.	Melhorar a prestação de cuidados	
	Melhorar o conhecimento	

Após a identificação das cinco áreas temáticas, procedemos à análise de cada uma com as respetivas categorias, subcategorias e unidades de registo, bem como à interpretação e discussão dos resultados obtidos, apresentados por área temática.

5.1. Conhecimento sobre técnicas de controlo de dispneia

Da análise de conteúdo dos discursos dos enfermeiros, sobre a área temática: “Conhecimento sobre técnicas de controlo de dispneia” emergiram seis categorias: **posicionamento; tosse; dissociação dos tempos respiratórios; percussão; respiração abdominal e medidas terapêuticas.**

Quadro 5. - Conhecimento sobre técnicas de controlo de dispneia

Área temática	Categoria	E1	E2	E3	E4	E5
Conhecimento sobre técnicas de controlo de dispneia	Posicionamento	X	X	X	X	X
	Tosse	X	X	X		
	Dissociação dos tempos respiratórios		X	X		X
	Percussão		X	X		
	Respiração abdominal					X
	Medidas terapêuticas	X		X	X	

Como podemos verificar no quadro 5, os cinco enfermeiros entrevistados consideram o **posicionamento** como técnica de controlo de dispneia:

E1: “Posicionamentos, fowler alto para permitir melhor expansão pulmonar”.

E2: “posicionamentos” [referindo-se às técnicas de controlo de dispneia].

E3: “(...) posicionamentos, melhorar o posicionamento”.

E4: “posicionamentos” [referindo-se às técnicas de controlo de dispneia].

E5: “é posicionar o doente sentado, apoiado sobre uma almofada, posição de cocheiro, de modo a ficar sentado e com os pés apoiados”.

Estes resultados vão de encontro com o que refere Cordeiro e Menoita (2012) que na pessoa com ansiedade e dispneia, recorre-se à técnica de relaxamento: posicionamento em decúbito semi-fowler ou em decúbito lateral em semi-fowler (de acordo com a melhor tolerância da pessoa). Posições de descanso, técnica que tem por base a adoção de posições corporais que ajudam a descontrair os músculos acessórios da respiração, cintura escapular, pescoço e membros superiores, facilitando a respiração diafragmática. Deve-se ensinar a pessoa a adotar estas posições: posição de Cocheiro sentado, posição de Cocheiro em pé, quando está com dispneia e/ou cansaço.

Hoemen (2011) refere que se pode diminuir a dispneia ao posicionar o doente inclinado para a frente com um ângulo de 30 a 40 graus, com os braços apoiados nas coxas ou sobre a mesa de cabeceira, dado que melhora a elevação do diafragma, permitindo assim um esvaziamento mais amplo dos pulmões durante a expiração.

Três enfermeiros consideram a **tosse** como técnica de controlo de dispneia:

E1: “Incentivar uma tosse eficaz se for possível. Explicar como deve utilizar os músculos aumentar a pressão intratorácica e tentar expetorar eficazmente”.

E2: “ensino da tosse, tosse assistida, tosse controlada”.

E3: “ensino da tosse”.

Como vimos na revisão da literatura, a técnica da tosse assistida e tosse controlada, fazendo parte de um programa de RFR, ajuda o doente a melhorar a permeabilidade das vias aéreas, que por sua vez melhora o padrão respiratório diminuindo agudizações da patologia respiratória (Cordeiro e Menoita, 2012).

Como podemos constatar o ensino da tosse não é uma técnica de controlo de dispneia, pelo contrário uma pessoa com agudização da dispneia não consegue realizar a técnica da tosse assistida e da tosse controlada, nem o enfermeiro consegue realizar o ensino

dado a pessoa não ter condições para colaborar. No entanto, reveste-se de interesse no contexto da pessoa com patologia respiratória, pela importância do seu papel na limpeza das vias aéreas, contribuindo assim para a diminuição da exacerbação da dispneia.

Dos cinco enfermeiros entrevistados, três referem **dissociação dos tempos respiratórios** como técnica de controlo de dispneia:

E2: “dissociação de tempos respiratórios”.

E3: “controlo quando estão com ansiedade... dissociação dos tempos respiratórios”.

E5: “dissociação dos tempos respiratórios”.

A consciencialização e controlo da respiração permitem à pessoa controlar a frequência, amplitude e ritmo de acordo com a sua situação, obtendo uma melhor ventilação com menor gasto de energia. O treino da expiração com os lábios semicerrados é uma técnica útil para ajudar a pessoa com DPOC a lidar com a dispneia (Cordeiro e Menoita, 2012).

Dois enfermeiros consideram a **Percussão** como técnica de controlo de dispneia:

E2: “cinesiterapia respiratória: percussão”.

E3: “Cinesiterapia respiratória (...) percussão (batimentos que se faziam)”.

A percussão é uma técnica de cinesiterapia respiratória utilizada para mobilizar as secreções, em que se coloca as mãos em concha e de forma ritmada bate na área alvo do tórax do doente (Hoemen, 2011). Esta é uma técnica de limpeza das vias aéreas e não de controlo de dispneia. Presto e Damázio, (2009) citado por Cordeiro e Menoita, (2012) referem que o recurso à percussão é alvo de algumas discussões, a sua aplicação pode levar a microatelectasias, podendo provocar broncospasmo, no entanto outros autores afirmam que é eficaz na mobilização de secreções.

Apenas um enfermeiro refere **respiração abdominal** como técnica de controlo de dispneia:

E5: “(...) na inspiração alongar a barriga e na expiração comprimir a barriga e as costelas”.

A respiração abdominal é uma técnica utilizada para o controlo da dispneia, também designada como respiração diafragmática, que visa diminuir o trabalho respiratório proporcionando um maior movimento do diafragma, através de inspirações profundas e expirações lentas, tornando a ventilação mais eficaz e obter um padrão respiratório fisiológico. Esta técnica baseia-se na associação da consciencialização e controlo da respiração (Cordeiro e Menoita, 2012).

Por último, três enfermeiros consideram algumas **medidas terapêuticas** como técnica de controlo de dispneia:

E1: “nebulização com soro fisiológico, que é da nossa autonomia, para não falar em terapêutica.” [referindo-se a outros fármacos]

E3: “Fármacos (...)”.

E4: “(...) oxigenoterapia, da qual a prescrição não tem muito a ver connosco (...)”.

Os enfermeiros consideram o recurso a fármacos, nomeadamente oxigénio e terapêutica inalatória como técnica de controlo de dispneia. Há evidência científica que as referidas medidas controlam a dispneia. No que diz respeito aos cuidados de enfermagem, estas medidas não se enquadram nas suas intervenções autónomas, mas sim nas que realiza de forma interdependente.

O uso de terapêutica inalatória é uma evidência na prática clínica, quer com finalidade diagnóstica ou terapêutica. Existe uma panóplia de fármacos disponíveis sob a forma inalatória que são utilizados nas pessoas com patologia respiratória (Cordeiro e Menoita, 2012).

O uso de fármacos como por exemplo: os broncodilatadores e os corticoides, nos doentes com limpeza das vias aéreas ineficaz tem como objetivos a redução do trabalho respiratório, por diminuir a obstrução ao fluxo aéreo e a inflamação das vias aéreas, reduzindo os sintomas de tosse e dispneia, facultando um tratamento precoce das exacerbações agudas e evitando a diminuição progressiva da função pulmonar (Hoeman, 2011).

Nunes (2003) in Hoeman (2011) refere que o oxigénio é parte integrante de um plano terapêutico nas patologias do foro respiratório, em situações agudas ou crónicas.

Os resultados encontrados nesta área temática dizem-nos que os participantes têm conhecimentos adequados sobre algumas técnicas de controlo de dispneia, no entanto também demonstram conhecimentos que não se enquadram neste âmbito, nomeadamente quando se refere à técnica de percussão.

5.2. Intervenções dos enfermeiros à pessoa com dispneia

Da análise de conteúdo dos discursos dos enfermeiros, sobre a área temática: “Intervenções dos enfermeiros à pessoa com dispneia” foram agrupadas onze categorias: **gestão de medidas terapêuticas; monitorização de parâmetros respiratórios;**

ensino da tosse; posicionar; dissociação dos tempos respiratórios; percussão; vibração; aspiração de secreções; gerir ambiente físico; gerir medidas de conforto; controlo de ansiedade (quadro 6).

Quadro 6. - Intervenções dos enfermeiros à pessoa com dispneia

Área temática	Categoria	Subcategoria	E1	E2	E3	E4	E5
Intervenções dos enfermeiros à pessoa com dispneia.	Gestão de medidas terapêuticas	Oxigenoterapia		X	X	X	
		Inaloterapia		X	X	X	X
		Farmacológica		X	X		X
		VNI		X	X	X	X
	Monitorização de parâmetros respiratórios		X			X	X
	Ensino da tosse		X	X		X	X
	Posicionar		X	X	X	X	X
	Dissociação dos tempos respiratórios		X	X	X		X
	Percussão			X	X	X	
	Vibração		X	X			
	Aspiração de secreções		X	X	X	X	X
	Gerir ambiente físico			X	X	X	X
	Gerir medidas de conforto				X	X	
	Controlo de ansiedade			X			X

Da análise dos resultados desta área temática, é de salientar que alguns enfermeiros consideram técnicas de controlo de dispneia as intervenções que realizam ao doente com dispneia e outros aplicam técnicas de controlo de dispneia mas não as identificam como estando enquadradas neste tipo de técnicas.

Da categoria gestão de medidas terapêuticas emergiram quatro subcategorias: oxigenoterapia; inaloterapia; farmacológica e ventilação não invasiva (VNI).

Na subcategoria oxigenoterapia três enfermeiros relataram:

E2: “Colocar oxigenoterapia (não é uma intervenção autónoma), (...) administrar oxigenoterapia”.

E3: “Administração de oxigenoterapia (...)”.

E4: “Faço a gestão da oxigenoterapia (...) administrar oxigénio se o doente tiver valor de saturação de oxigénio muito baixa”.

Cordeiro e Menoita (2012) refere que “A oxigenoterapia de curta duração refere-se ao uso de oxigénio por curtos períodos, com o objetivo de alívio sintomático da dispneia, (...)” pelo que está recomendada quando a pessoa tem saturação de oxigénio abaixo de 89% com ar ambiente e em repouso. O objetivo do oxigénio suplementar é conseguir uma saturação de oxigénio de, pelo menos, de 90%, sendo que a oxigenoterapia não trata a causa implícita da hipoxemia, mas leva à diminuição da sobrecarga cardiopulmonar, melhora a mecânica pulmonar e a capacidade de exercício, consentindo ao doente respirar com maior facilidade (Hoeman, 2011).

A prescrição de oxigenoterapia não sendo da competência do enfermeiro, este assume um papel importante quer na sua administração face aos cuidados que lhe estão inerentes, quer na gestão desta face à avaliação da pessoa e da sua situação.

Quanto à subcategoria inaloterapia surgiu dado quatro enfermeiros referirem:

E2: “fazer nebulizações (...) por nossa iniciativa com soro fisiológico para fluidificar as secreções”.

E3: “faço nebulizações com soro” (...) “Quando se coloca a nebulização, faço o ensino para deixar o ar entrar”.

E4: “Faço nebulizações, muitas vezes só com soro para fluidificar as secreções que permite uma abertura das vias aéreas, os brônquios ficam desobstruídos”.

E5: “(...) fazer nebulizações com soro, para fluidificar as secreções”.

Nas intervenções do enfermeiro ao doente com dispneia, a maioria dos enfermeiros referem executar inaloterapia.

A inaloterapia é um dos principais recursos terapêuticos no tratamento de doenças respiratórias, sendo a via preferencial para administração de broncodilatadores, dado que por esta via o fármaco é levado diretamente ao pulmão e vias aéreas, estes fármacos são importantes na redução da resistência das vias aéreas, da hiperinsuflação e da dispneia (Vargas [et al.], 2012).

Segundo Hoeman (2011, p. 329) “A nebulização fornece vapor de água ou medicação em gotículas, que atravessam a árvore brônquica e entram no pulmão profundo”.

Durante a administração do aerossol deve-se incentivar a pessoa a fazer a respiração bucal em vez da nasal (lenta e profunda). No caso de pessoas com dispneia geralmente

usa-se a máscara facial. A máscara facial deve ser bem ajustada, de modo a reduzir o espaço morto e a respiração nasal, aumentando a deposição do fármaco no pulmão e diminuindo a deposição na pele ou olhos. A terapêutica inalatória é utilizada em diversas patologias respiratórias, nomeadamente, nas que apresentam acumulação de secreções (Cordeiro e Menoita, 2012).

Relativamente à subcategoria farmacológica três dos cinco enfermeiros entrevistados reportam:

E2: “fazer nebulizações que estão prescritas com terapêutica (...) limitamos a administrar a medicação”.

E3: “Numa fase aguda limito-me mais à administração de fármacos (quando os doentes estão na emergência) (...) Administração de (...) terapêutica”.

E5: “(...) aplicar os broncodilatadores (...) tenho o cuidado de diluir sempre com soro fisiológico os broncodilatadores, para fluidificar melhor as secreções”.

Nas medidas farmacológicas para o tratamento da dispneia podemos incluir a oxigenoterapia; inaloterapia com broncodilatadores e corticoides; diuréticos e o uso de opioides como por exemplo a morfina, como referimos no início do trabalho.

Rema (2013, p.49) com a revisão de literatura que efetuou verificou “que os opioides adequadamente administrados são fármacos seguros no tratamento da dispneia em doentes com doença avançada (...)”.

A furosemida tem sido utilizada para o alívio da dispneia dado ao seu efeito inibitório sobre o reflexo da tosse, previne a broncoconstrição na patologia asmática (Kamal [et al], 2012).

Como podemos verificar existem medidas farmacológicas para o controlo da dispneia e que os participantes no estudo referem utilizar.

A subcategoria VNI surge porque quatro dos enfermeiros entrevistados a referem nas intervenções que realizam ao doente com dispneia.

E2: “VNI melhora a dispneia em alguns doentes, deve-se adaptar bem a máscara e ajustar os parâmetros consoante a prescrição médica, tentar que o doente relaxe e deixe o BIPAP funcionar e ver se não tem fugas”.

E3: “Nos doentes com VNI, (...) é importante o ensino, para conseguirem tolerar a VNI, dizer que vamos colocar uma máscara e que vão sentir uma pressão e que têm que deixar o ar entrar”.

E4: “Tenho o cuidado de verificar as fugas de ar (...) se não está a fazer muita pressão na face do doente, (...) Explicar ao doente como funciona e o que o doente deve fazer”.

E5: “Na ventilação não invasiva, também controla a dispneia (o doente melhora), tenho o cuidado de ver se o doente tolera ou não, ver o tamanho da máscara, tenho o cuidado de oferecer água ao doente, dado este tipo de ventilação secar muito as mucosas (...), vigiar os parâmetros se estão adequados ao doente”.

A VNI tem como objetivos melhorar as trocas gasosas pulmonares; diminuir a acidose respiratória aguda; reverter a hipoxemia; reverter a fadiga dos músculos respiratórios; minimizar a dispneia (Cordeiro e Menoita, 2012).

Cada vez mais na nossa realidade hospitalar, recorre-se ao uso da VNI, como referem a maioria dos enfermeiros. Também fazem referência ao ensino à pessoa, para uma boa adesão à mesma, pelo que é de extrema importância o conhecimento dos enfermeiros sobre VNI, como corrobora Hilbert [et al] (2000) in Cordeiro e Menoita (2012 p. 219) “A formação e supervisão dos enfermeiros são essenciais para o sucesso da implementação da VNI”.

No entanto, verifica-se que não referem cuidados respiratórios à pessoa com VNI. Nomeadamente posicionamento, dissociação dos tempos respiratórios, limpeza das vias aéreas, exercícios de reeducação respiratória (Silva, Carvalho e Silva, 2010).

A categoria **Monitorização de parâmetros respiratórios** surge porque três enfermeiros consideram importante a monitorização da saturação de oxigénio através da oximetria de pulso e um considera importante a vigilância da frequência respiratória nas intervenções aos doentes com dispneia, como podemos ver nos extratos:

E1: “Vigilância dos movimentos respiratórios (...)”.

E1: “monitorização da saturação periférica”.

E4: “(...) se o doente tiver valor de saturação de oxigénio muito baixa”.

E5: “(...) monitorizar a oximetria periférica, vigiar a saturação de oxigénio, (...)”.

Utiliza-se a oximetria de pulso para avaliar a saturação de oxigénio, de forma não invasiva e contínua. Esta avaliação contínua permite ao enfermeiro gerir a oxigenoterapia (Hoeman, 2011).

Na categoria **ensino da tosse**, quatro enfermeiros relataram o seguinte:

E1: “Ensino da tosse” [utiliza para controlo da dispneia].

E4: “Se o doente estiver consciente e colaborante e na posição de sentado, ajudar o doente a tossir...”

E5: “Quando o doente é capaz de aprender ensino o doente a utilizar a musculatura abdominal, para tossir (digo que vão sair daqui com os abdominais mais desenvolvidos) incidir mais na tosse, para conseguir expetorar melhor. Instruir a técnica da tosse (inspirar/ expirar 2 vezes e depois tossir e utilizar a musculatura abdominal)”.

Como já constatamos no capítulo conhecimento sobre técnicas de controlo de dispneia, o ensino da tosse não controla a dispneia. Sabe-se que a tosse tem um papel importante como mecanismo de limpeza das vias aéreas e que o ensino da tosse é uma componente essencial de um programa de RFR, para evitar agudizações de patologias respiratórias cujo principal sintoma é a dispneia (Cordeiro e Menoita, 2012).

Também Soares (2012, p.132) corrobora quando refere que a tosse controlada “(...) é uma técnica que consome altos níveis energéticos, pelo que tem que ser ensinada/treinada de forma gradual e sem produzir aumento de dispneia e cansaço”.

Relativamente à categoria **posicionar**, todos os enfermeiros a referem como intervenção importante face à pessoa com dispneia, embora possamos constatar que alguns não têm conhecimentos sobre o posicionamento a adotar de acordo com a patologia do doente.

E1: “Posicionamento” [utiliza para controlar a dispneia].

E2: “Saber qual o lado para posicionar o doente quando tem uma pneumonia, muitas vezes posicionamos para o lado afetado, porque o doente satura melhor (...)”.

E3: “Otimizar o posicionamento, decúbito dorsal com cabeceira elevada, em todos os doentes numa primeira fase”.

E4: “Posicionar, ver se está a respirar bem, (...)”.

E5: “(...) Posicionamentos, ter em atenção à patologia, no caso do doente com pneumonia, tento saber qual o lado e tento posicionar para o lado que tem a pneumonia, numa fase mais estável do doente, tento sentá-lo apoiado sobre a almofada...”

O posicionamento atendendo à patologia do doente é muito importante, como menciona Hoeman (2011) a pessoa com patologia pulmonar unilateral apresentam níveis de oxigénio arterial mais elevados quando alternam de decúbito semi-fowler e o decúbito lateral para o lado não afetado a cada 60 a 90 minutos. A pessoa com patologia pulmonar bilateral o posicionamento mais adequado é o fowler ou o decúbito lateral direito.

Relativamente à categoria **Dissociação dos tempos respiratórios**, quase todos os enfermeiros utilizam esta intervenção para o controlo da dispneia, como podemos constatar pelas unidades de registo, indo de encontro ao que referimos anteriormente.

E1: “Ensinar a inspirar pelo nariz e expirar pela boca. Dependendo da patologia se estiver a hiperventilar fazer com que respire mais devagar”.

E2: “usar a técnica da inspiração /expiração para ver se conseguem controlar um bocadinho mais a respiração”.

E3: “Faço o ensino dos tempos respiratórios, dizer ao doente para acalmar, inspirar pelo nariz e expirar pela boca”.

E5: “dissociação dos tempos respiratórios (dizer ao doente para fazer expiração mais longa nos doentes com DPOC, dizer para soprar a vela, nos doentes com pneumonia fazer com que insista na inspiração”.

Segundo Wedzicha e Martinez (2009) in Casado (2012), no doente com DPOC, o controle nomeadamente da respiração diafragmática e expiração com os lábios semicerrados ajuda a gestão da dispneia aquando o agravamento ou em períodos de ansiedade ou maior esforço.

Também Gonçalves, Nunes e Sapeta (2012) na revisão da literatura que realizaram, fazem referência a respiração com lábios franzidos e à respiração diafragmática como estratégia para a diminuição da dispneia.

Quanto à categoria **Percussão**, surgiu porque três enfermeiros referem fazer percussão à pessoa com dispneia.

E2: “Fazer as pancadinhas quando os doentes estão mais aflitos da expetoração, faço quando o doente expira (...)” [percussão].

E3: “Às vezes fazia percussão sem ter em conta o tempo expiratório, fazia em qualquer altura”.

E4: “geralmente não faço percussão, mas quando faço é na fase expiratória”.

Como vimos no capítulo anterior a percussão não é uma técnica de controlo de dispneia, pelo contrário, por vezes pode desencadeá-la, pelo que podemos perceber que os participantes têm intervenções inadequadas e prejudiciais ao controlo da dispneia.

Na categoria **Vibração** apenas um enfermeiro referiu que:

E1: “(...) tento fazer cinesiterapia respiratória (não é cinesiterapia respiratória porque não sei fazer a técnica) mas tento colocar a mão em concha em baixo e fazer movimentos vibratórios quando o doente expira, mas não sei se é o correto”.

O que demonstra uma intervenção inadequada, pelos mesmos motivos referidos na categoria anterior.

Relativamente à categoria, **aspiração de secreções**, todos os enfermeiros dizem realizar a intervenção para o controlo da dispneia quando a pessoa apresenta secreções.

E1: “Aspiração de secreções”.

E2: “Proceder à aspiração de secreções se for necessário”.

E3: “(...) se o doente tiver secreções e não conseguir expelir aspiro”.

E4: “Aspirar as secreções se o doente não consegue expelir, por incapacidade ou por cansaço. (...) fluidificação de secreções, aspiração de secreções”.

E5: “Se o doente não consegue expelir as secreções aspiro o doente”.

A aspiração de secreções é um procedimento invasivo, cujo objetivo é remover secreções traqueobrônquicas das vias centrais com recurso a vácuo, com o intuito de melhorar a permeabilidade das vias aéreas e consequentemente melhorar a ventilação pulmonar. Este procedimento causa desconforto e pode motivar traumatismo à pessoa pelo que só deve ser realizado quando estritamente necessário, isto é, quando a pessoa não consegue tossir de forma eficaz e é incapaz de eliminar as secreções que obstruem as vias aéreas (Cordeiro e Menoita, 2012). A aspiração das vias aéreas torna-se mais eficiente quando realizada após a administração de um broncodilatador adequado e depois de mobilizar as secreções brônquicas.

Na categoria **gerir ambiente físico**, quase todos os enfermeiros mencionam que a gestão do ambiente físico quanto à temperatura, luminosidade e ruído contribui para o controlo da dispneia pelo que a consideram uma intervenção no controlo da dispneia, embora refiram que muitas vezes não é possível promover a circulação/humidificação do ar, regular temperatura do local e providenciar espaço amplo como expressam os extratos.

E2: “colocar o doente num sítio mais calmo (...)”.

E3: “tentar controlar a luminosidade da sala. Não consigo controlar a temperatura do ar, só se abrir a janela (...)”.

E4: “Em relação ao ambiente físico, pouco posso fazer, ruído há sempre”.

E5: “Tentar manter um ambiente calmo (...) o facto de agilizarmos o ambiente, correr o cortinado, abrir a janela de forma a doente sentir que está a entrar o ar (dado a sensação de falta de ar) (...) otimizar o ambiente físico: temperatura, luminosidade, renovar o ar”.

Na categoria **Gerir medidas de conforto**, apenas dois enfermeiros referem providenciar e organizar meios para o conforto do doente como intervenção ao doente com dispneia.

E3: “Colocar o doente mais confortável, retirar a roupa que aperta”.

E4: “tento falar com o doente a saber o que ele necessita para o seu conforto”.

Nestas duas categorias os enfermeiros consideram importante para o controlo da dispneia, gerir o ambiente, bem como proporcionar medidas de conforto, o que vai de encontro ao referido por Booth [et al.] (2008) in Roque (2010), que o facto de abrir a janela, usar um leque, uma ventoinha ou humidificar o ambiente, contribuem para o alívio da dispneia no doente.

Quanto à categoria **controlo de ansiedade**, somente um enfermeiro relatou como intervenção ao doente com dispneia:

E2: “incentivar o doente a relaxar (...) principalmente tentar controlar a parte ansiosa nestes doentes que é muito importante (...) tentar conversar com ele, (...)”.

Muitas das pessoas com doenças crónicas têm dispneia que gera ansiedade como corrobora Silva, Carvalho e Silva (2010, p.241) “(...) a doença crónica traz consigo perdas sucessivas de independência e controle, gera sensações de luto e, como tal, sentimentos de ansiedade, tristeza, irritação e medo”, pelo que as técnicas de relaxamento são intervenções importantes no controlo da ansiedade e consequentemente no controlo da dispneia.

5.3. Perceção dos enfermeiros relativamente à importância das técnicas de controlo de dispneia

Na área temática: “Perceção dos enfermeiros relativamente à importância das técnicas de controlo de dispneia”, emergiram três categorias: **Controlo respiratório; Eliminação de secreções e Maximização da autonomia**, como podemos constatar no quadro 7.

Quadro 7. - Perceção dos enfermeiros relativamente à importância das técnicas de controlo de dispneia

Área temática	Categoria	E1	E2	E3	E4	E5
Perceção dos enfermeiros relativamente à importância das técnicas de controlo de dispneia	Controlo respiratório	X	X	X	X	X
	Eliminação de secreções	X				X
	Maximização da autonomia			X		X

Relativamente à categoria **Controlo respiratório**, há unanimidade por parte dos enfermeiros, dado que todos consideram importante as técnicas de controlo de dispneia no controlo respiratório como podemos ver pelas unidades de registo que se seguem.

E1: “(...) menos fadiga respiratória se souber fazer as pausas corretas e respirar eficazmente”.

E2: “É importante, porque ajuda o doente a respirar melhor”.

E3: “(...) uma melhor ventilação (...)”.

E4: “(...) o doente melhora com as técnicas (...)” [referindo-se ao controlo da dispneia].

E5: “São fundamentais para o doente se sentir mais aliviado (...)” [referindo-se à dispneia].

Podemos constatar ao longo deste trabalho que vários estudos apontam o benefício das técnicas de controlo da dispneia, tal como os estudos de Braga (2009), Albernethy [et al.], (2009), Marcinink [et al.] (2011), Kamal [et al.] (2012) que mostraram o benefício do uso de técnicas de controlo da dispneia, no controlo respiratório.

Quanto à categoria **Eliminação de secreções**, surgiu porque dois enfermeiros consideraram que:

E1: “(...) O doente beneficia se souber expetorar eficazmente, faz uma limpeza brônquica eficaz (...)”.

E5: “(...) conseguir expelir as secreções (...)”.

A RFR por muitos também designada por cinesiterapia respiratória, utiliza fundamentalmente o movimento e atua na parte mecânica da respiração, utilizando técnicas manuais, posturais e cinéticas que podem ser aplicadas isoladamente ou em associação com outras técnicas, um dos objetivos da cinesiterapia respiratória é mobilizar e eliminar as secreções brônquicas e melhorar a ventilação pulmonar (Cordeiro e Menoita, 2012). Atendendo que na pessoa com patologia respiratória, a limpeza ineficaz das vias aéreas, leva a acumulação de secreções que podem desencadear infeções respiratórias e consequentemente dispneia, é importante nestas pessoas intervir de modo a manter as vias aéreas limpas.

Relativamente à categoria **Maximização da autonomia**, surgiu dado dois enfermeiros referirem que:

E3: “É importante para o doente recuperar melhor”.

E5: “(...) conseguir realizar as suas atividades e melhorar a qualidade de vida”.

A pessoa com dispneia apresenta limitações para as suas atividades e há estudos que referem que o controlo da dispneia através da reabilitação respiratória influencia a autonomia da pessoa, como o realizado por Soares (2012), que demonstrou a importância da reabilitação respiratória na preservação da autonomia da pessoa.

5.4. Dificuldades sentidas pelos enfermeiros na utilização das técnicas de controlo de dispneia

Da análise do conteúdo das entrevistas relativamente à área temática “Dificuldades sentidas pelos enfermeiros na utilização das técnicas de controlo de dispneia”, emergiram cinco categorias: **Défice de conhecimento; Défice de recursos humanos; Recursos materiais inadequados; Recursos físicos inadequados e Falta de tempo**, como podemos constatar no quadro 8.

Quadro 8. - Dificuldades sentidas pelos enfermeiros na utilização das técnicas de controlo de dispneia

Área temática	Categoria	E1	E2	E3	E4	E5
Dificuldades sentidas pelos enfermeiros na utilização das técnicas de controlo de dispneia	Défice de conhecimentos	X	X	X		
	Défice de recursos humanos	X	X	X	X	X
	Recursos materiais inadequados	X	X	X	X	X
	Recursos físicos inadequados				X	X
	Falta de tempo		X	X	X	

A categoria **Défice de conhecimentos** emergiu atendendo às seguintes afirmações:

E1: “Não ter conhecimentos aprofundados sobre as técnicas”.

E2: “(...) incentivo a respiração a todos os doentes da mesma maneira, para os acalmar, não faço diferença da patologia, não tenho experiência”.

E3: “Não faço ensino da tosse, quando os doentes têm tosse digo para tossir, para libertar a expetoração, dou um saco com papéis para tossir (...)”.

Esta categoria evidencia o défice de conhecimentos que os enfermeiros participantes reconhecem no que diz respeito a técnicas de controlo de dispneia. Também na área

temática: conhecimento sobre técnicas de controlo de dispneia, constatamos a falta de conhecimento quando os enfermeiros fazem referência a cuidados e técnicas que não se adequam ao controlo da dispneia.

O **Défice de recursos humanos**, emergiu das unidades de registo:

E1: “Falta de recursos humanos para posicionamentos” [auxiliares] (...).

E1: “Elevado número de doentes” [para prestar cuidados].

E2: “Recursos humanos (auxiliares) escassos para ajudar a posicionar o doente”.

E3: “Recursos humanos deficitários (...) Elevado número de doentes diminui a qualidade dos cuidados (...)”.

E4: “(...) número elevado de doentes por enfermeiro. (...) Recursos humanos escassos, um auxiliar para várias salas e não tenho ajuda para posicionar o doente”.

E5: “Recursos humanos deficientes, com o número muito elevado de doentes”.

Todos os enfermeiros referem uma escassez de recursos humanos que pode comprometer a qualidade dos cuidados prestados. Freitas e Parreira (2013 p. 172) partilham a mesma opinião quando referem que: “É fundamental dispor de recursos de enfermagem adequados para que os enfermeiros possam orientar a sua prática de forma a prestar cuidados de qualidade que garantam a segurança e satisfação dos clientes”.

Também a Organização Mundial de Saúde faz referência ao problema mundial da escassez de enfermeiros e a necessidade em fomentar o crescimento e fortalecimento destes profissionais para não comprometer a qualidade dos cuidados de saúde. atendendo que a dotação de enfermeiros está estreitamente relacionada com a qualidade dos cuidados prestados (OE, 2014).

A categoria **Recursos materiais inadequados**, emergiu atendendo a que todos os enfermeiros referiram que:

E1: “Os recursos materiais, macas, em que os doentes recusam-se a ficar deitados, preferem ficar sentados, macas que se mobilizam quando se tenta posicionar o doente”.

E2: “Posicionar os doentes nas macas que não elevam a cabeceira, falta de almofadas”.

E3: “Dificuldade nos posicionamentos dos doentes, não se consegue elevar a cabeceira”. (...) “Falta de almofadas”.

E4: “(...) défice de recursos materiais, como almofadas, apoios de braços, macas que não são compatíveis com os posicionamentos, macas muito estreitas, não travam”.

E5: “Dificuldade em posicionar os doentes nas macas. Não se consegue posicionar o doente sentado, fazer um alinhamento corporal” [macas inadequadas].

O serviço de urgência é um local onde se cuida de pessoas com as mais diversas patologias. A elevada afluência aos referidos serviços, faz com que haja um maior desgaste e escassez de recursos materiais dificultando as intervenções dos enfermeiros no controlo da dispneia, nomeadamente no posicionamento adequado dos doentes, que como vimos, é uma das intervenções autónomas de enfermagem para o controlo da dispneia para o conforto da pessoa. Recursos materiais inadequados, condicionam a intervenção no controlo da dispneia como é percebido e mencionado pelos participantes no estudo.

Relativamente à categoria **Recursos físicos inadequados**, emergiu atendendo às seguintes unidades de registo:

E4: “(...) pouco espaço físico para colocar os doentes”.

E5: “Dificuldade em gerir o ambiente, controlar o barulho (...)”.

Num serviço de urgência não existe lotação máxima, isto é, são atendidas todas as pessoas que a ele recorrem, surgindo em alturas de maior afluência constrangimentos relacionados com o espaço físico que se torna escasso e inadequado, na perspetiva dos nossos participantes e na de Novo (2010, p.1) “A facilidade que se tem vindo a verificar no acesso aos cuidados de saúde, nomeadamente às Urgências, tem provocado alguma desregulação pelo lado da procura, estrangulando a capacidade de resposta dos serviços”.

Quanto à categoria **Falta de tempo**, emergiu dado os enfermeiros referirem que:

E2: “O tempo disponibilizado é diminuto, pouco tempo”.

E3: “(...) não há tempo para posicionar bem e mais vezes os doentes”.

E4: “Falta de tempo...” [devido ao número elevado de doentes].

E4: “Se tivesse tempo ensinava ao doente a tossir sentado, utilizando os músculos abdominais, para poder expelir as secreções, de modo a não ficarem acumuladas nos pulmões e provocar obstrução”.

Podemos assim constatar que a falta de tempo é um fator dificultador para os enfermeiros intervirem de uma forma adequada junto da pessoa com dispneia.

Podemos concluir que as dificuldades sentidas por estes profissionais no contexto deste estudo são comuns às dificuldades sentidas por outros profissionais noutros serviços de urgência como se pode constatar pelo estudo realizado num serviço de urgência por Veiga [et al.] (2009) onde concluíram que:

os enfermeiros têm a noção que muitas das intervenções terapêuticas colidem com uma série de dificuldades, relacionadas com as condições físicas, mas não exclusivamente, apontando outras, tais como a falta de recursos humanos, recursos materiais, sobrecarga de trabalho e escassez de formação.

5.5. Perceção do impacto da formação na prática de cuidados respiratórios

À luz da análise das entrevistas realizadas referentes à área temática “Perceção do impacto da formação na prática de cuidados respiratórios”, emergiram duas categorias: **Melhorar a prestação de cuidados** e **Melhorar o conhecimento**, como podemos verificar através do quadro 9.

Quadro 9. - Perceção do impacto da formação na prática de cuidados respiratórios

Área temática	Categoria	E1	E2	E3	E4	E5
Perceção do impacto da formação na prática de cuidados respiratórios	Melhorar a prestação de cuidados			X	X	
	Melhorar o conhecimento	X	X	X	X	X

A categoria **Melhorar a prestação de cuidados** surgiu atendendo às seguintes unidades de registo:

E3: “Para dar continuidade aos cuidados e melhorar a qualidade dos mesmos”.

E4: “Acho que necessitamos de formação para uniformizar as técnicas, que são mais usuais...”

Relativamente a categoria **Melhorar o conhecimento**, emergiu das seguintes afirmações:

E1: “Desconhecimento de algumas técnicas”.

E2: “Naquelas coisinhas mais pontuais, como a tosse, dissociação dos tempos respiratórios. (...) Com a formação podemos ir buscar coisas que estão no esquecimento”.

E3: “Para ter conhecimento nesta área, que é deficitário”.

E4: “poder praticar para não ficar esquecida”.

E5: “Falarmos de pequenos pormenores que muitas vezes fazem a diferença. Ser alertado para pormenores que muitas vezes passam despercebidos”.

Do conjunto destas unidades de registo das duas últimas categorias podemos verificar que os enfermeiros têm consciência da importância da formação quer na melhoria do conhecimento, quer na melhoria da prestação de cuidados dado serem duas vertentes interligadas.

Do abrangente conjunto de funções e competências dos enfermeiros e dos enfermeiros especialistas, emergem importantes e relevantes as que se relacionam com o domínio do desenvolvimento profissional, onde o enfermeiro assume responsabilidade pela aprendizagem ao longo do exercício da sua profissão, manutenção e aperfeiçoamento das competências. Neste âmbito o enfermeiro especialista:

(...) Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento. (...). Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade.(...). Atua como formador oportuno em contexto de trabalho, na supervisão clínica e em dispositivos formativos formais. (...) Diagnostica necessidades formativas. (...). Concebe e gere programas e dispositivos formativos. (...) Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros. (...) Avalia o impacto da formação (Regulamento 122/2011).

Em síntese podemos inferir que é fundamental na prática de enfermagem conseguir profissionais (in)formados, participativos e proativos uma vez que a prática de cuidados respiratórios dependerá em grande parte da aprendizagem conseguida, isto é, que o enfermeiro tenha conhecimentos e competências para garantir a excelência nos cuidados à pessoa com dispneia.

6. OBSERVAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DOS ENFERMEIROS À PESSOA COM DISPNEIA – UMA FORMA ADICIONAL DE INFORMAÇÃO

Com o intuito de complementar os dados obtidos pelas entrevistas, realizamos a observação não participante e sistemática das intervenções dos enfermeiros à pessoa com dispneia, com base na grelha construída pelo investigador.

Procedemos à análise dos dados resultantes das observações efetuadas a cada participante do estudo (quadro 10), acrescida das anotações que foram realizadas durante a observação.

Quadro 10. - Dados da observação

Intervenções dos enfermeiros		1ª Observação			2ª Observação		
		Realiza	Não realiza	Não observado	Realiza	Não realiza	Não observado
Posição de descanso e relaxamento	Deitado	E1,E2,E3, E4, E5	-----	-----	E1,E2, E3,E4, E5	-----	-----
	Sentado	-----	-----	E1,E2,E3, E4,E5	-----	-----	E1,E2,E3, E4,E5
Ensino de posições de descanso e relaxamento	Deitado	-----	E1,E2,E3, E4,E5	-----	-----	E1,E2,E3, E4,E5	-----
	Sentado	-----	-----	E1,E2,E3, E4,E5	E5	-----	E1,E2,E3,E4
	Em pé	-----	-----	E1,E2,E3, E4,E5	-----	-----	E1,E2,E3, E4,E5
Ensino de dissociação de tempos respiratórios		E5	E1,E2,E3, E4	-----	E5	E1,E2,E3, E4	-----
Ensino de exercícios de respiração abdominal		E5	E1,E2,E3, E4	-----	E5	E1,E2,E3, E4	-----
Ensino de tosse controlada		E5	E1,E2,E3, E4	-----	E5	E1,E2,E3, E4	-----
Tosse assistida		-----	E1,E2,E3 E4,E5	-----	-----	E1,E2,E3, E4,E5	-----
Identifica necessidade de aspiração de secreções		E1,E2,E3, E4,E5	-----	-----	E1,E2, E3,E4, E5	-----	-----
Executa aspiração de secreções		E1,E2,E3, E4,E5	-----	-----	E1,E2, E3,E4, E5	-----	-----
Executa inaloterapia		E1,E2,E3, E4,E5	-----	-----	E1,E2, E3,E4, E5	-----	-----
Otimiza ambiente físico (temperatura, ruído e luminosidade)		E1,E2,E3, E4,E5	-----	-----	E1,E2, E3,E4, E5	-----	-----

Como podemos conferir no quadro 10, em conjugação com as anotações realizadas, percebemos que os cinco enfermeiros executam o posicionamento de descanso e relaxamento deitado, três dos enfermeiros utilizam a posição de fowler em decúbito dorsal, quando o doente está dispneico e recorrem ao uso de almofadas para colocar sob a região poplíteia de forma a acompanhar a flexão dos joelhos e contribuir para o

relaxamento do doente. Os outros dois enfermeiros posicionam o doente em decúbito dorsal e nos laterais com cabeceira elevada, tendo em atenção a patologia do doente e tentam perceber para que lado ventila melhor. Todos os enfermeiros referem que as macas são estreitas e que existem poucas almofadas, impedindo e/ou dificultando a realização do posicionamento correto.

Quanto à intervenção posição de descanso e relaxamento sentado, na primeira e na segunda observação não foi possível observar esta intervenção.

Na intervenção ensino de posições de descanso e relaxamento deitado nenhum dos enfermeiros realizou esta intervenção. Apenas um enfermeiro fez ensino de posições de descanso e relaxamento sentado, no segundo momento de observação. Relativamente ao ensino de posições de descanso e relaxamento em pé não foi observado em nenhum dos momentos.

Verificamos nos dois momentos de observação que apenas um enfermeiro realiza ensino de dissociação dos tempos respiratórios.

Também o mesmo enfermeiro realizou ensino de exercícios de respiração abdominal, nos dois momentos de observação, os outros cinco enfermeiros não realizaram.

Relativamente à intervenção ensino de tosse controlada, mais uma vez apenas um enfermeiro realizou este tipo de intervenção.

Quanto à intervenção tosse assistida verificamos que nenhum enfermeiro a realizou nos dois momentos de observação.

Todos os enfermeiros, na primeira e na segunda observação identificaram a necessidade de aspiração de secreções, executaram aspiração de secreções e executaram inaloterapia.

Relativamente à intervenção otimiza ambiente físico (temperatura, ruído e luminosidade), na primeira e na segunda observação, todos os enfermeiros tentaram otimizar o ambiente físico, mas sentiram dificuldades em virtude das condições físicas do serviço nomeadamente ausência de ar condicionado e também pela existência de muito ruído devido ao elevado número de doentes.

Pelos resultados das entrevistas e da observação, verificamos que todos os enfermeiros referem realizar o posicionamento como técnica de controlo de dispneia e também observamos que executam posicionamento de descanso e relaxamento deitado.

Um enfermeiro referiu que conhece como técnica de controlo de dispneia a posição de descanso e relaxamento sentado, mas não foi observado a sua realização, apenas um enfermeiro fez ensino sobre esta técnica.

Os enfermeiros conhecem e executam posições de descanso e relaxamento deitado, não fazem referência a ensino de posicionamentos, mas foi constatado na observação a realização por um enfermeiro de ensino sobre posição de descanso e relaxamento sentado.

Os enfermeiros referiram conhecer a técnica de controlo de dispneia – dissociação dos tempos respiratórios – e referiram também que a utilizam na intervenção ao doente com dispneia, mas apenas foi observado um enfermeiro a ensinar esta técnica.

Na observação verificou-se que um enfermeiro fez ensino de exercícios de respiração abdominal, tendo sido o mesmo enfermeiro que na entrevista referiu como técnica de controlo de dispneia.

Relativamente ao ensino da tosse os enfermeiros referiram conhecê-la como técnica de controlo de dispneia e utilizá-la na sua intervenção na pessoa com este sintoma, mas apenas foi observado um enfermeiro a realizá-la.

A tosse assistida foi mencionada por um participante, mas não se observou ninguém a realizar esta intervenção.

Podemos concluir que há consonância entre os achados das entrevistas e os da observação, relativamente às intervenções: posição de descanso e relaxamento deitado, aspiração de secreções, gestão de medidas terapêuticas e gestão do ambiente físico, que fazem parte do conhecimento e da prática de cuidados dos enfermeiros participantes no estudo.

Alguns enfermeiros referiram como técnica de controlo de dispneia a percussão e que realizavam à pessoa com dispneia percussão e vibração. Estas não sendo técnicas de controlo de dispneia, não foram contempladas na grelha de observação, nem foram observadas em nenhum momento.

Todos os participantes referiram que os recursos materiais interferiam na utilização de técnicas de controlo de dispneia. No contexto constatamos a escassez de almofadas, as macas disponíveis estreitas sendo inadequadas face à estrutura física de alguns doentes, algumas só permitiam elevar a cabeceira cerca de trinta graus e outras cerca dos noventa graus, no entanto observou-se que os enfermeiros davam prioridade à utilização de macas que permitiam uma maior elevação para colocar os doentes com dispneia e quando não tinham estas disponíveis, posteriormente trocavam de maca. Também, se constatou a inexistência de camas no serviço de urgência, incluindo na sala de observações dado o espaço físico ser reduzido. Outro facto constatado na observação foi o elevado número de doentes, que na realidade dificultava a gestão do tempo referido nas entrevistas pelos participantes. Quanto à gestão/otimização do ruído também se

constatou as dificuldades referidas pelos enfermeiros. A impossibilidade de otimizar a temperatura foi uma realidade verificada. Atendendo que a colheita de dados foi realizada em plena época de frio, e a temperatura no local rondava os vinte e cinco graus não existindo forma de regular a temperatura, exceto através da abertura de janelas como referido nas entrevistas pelos participantes.

CONCLUSÕES

Na sociedade em que vivemos, assistimos a um aumento das doenças crónicas que limitam as capacidades funcionais e diminuem a qualidade de vida.

O número de internamentos hospitalares por doença respiratória tem vindo a aumentar. Em Portugal, em 20 anos, os internamentos por doenças respiratórias aumentaram 26,7% (ONDR, 2015). A dispneia é um sintoma comum nas diversas doenças do foro respiratório.

O controlo da dispneia representa uma grande luta para os profissionais de saúde em todas as vertentes, dada a centralidade da respiração na preservação da vida.

A dispneia está entre os sintomas mais comuns dos doentes que recorrem ao serviço de urgência. No tratamento ao doente, as abordagens abarcam o tratamento da causa da dispneia, a gestão dos sintomas e das questões psicológicas que contribuem para a mesma (Fabbro, Shalini e Bruera, 2006).

A presença de dispneia é um fator limitativo para a pessoa, provocando-lhe um certo desinteresse pelo que a rodeia, diminuindo a qualidade de vida da pessoa/família, particularmente no que diz respeito à capacidade para a realização das atividades de vida.

Tendo em conta que o controlo da dispneia melhora a qualidade de vida das pessoas, reduz os internamentos e consequentemente reduz os custos com a saúde, tornou-se pertinente desenvolver este estudo com o intuito de conhecer a intervenção dos enfermeiros no controlo da dispneia.

Os resultados desta investigação conduzem às seguintes conclusões:

- Os participantes no estudo dizem conhecer e realizar posições de descanso e relaxamento no controlo da dispneia, tendo-se verificado estas práticas de cuidados com a pessoa deitada. O ensino destes cuidados parece estar muito pouco presente na intervenção destes enfermeiros.
- A dissociação dos tempos respiratórios e a respiração abdominal fazem parte do conhecimento dos participantes e dizem que recorrem à primeira. Mas, apenas foi possível observar um participante a realizar estas técnicas que se constituem como fundamentais para o controlo da dispneia, levando-nos a questionar sobre a razão de não recorrerem a estas intervenções de primeira linha no cuidado da pessoa com dispneia.
- Estimular e ensinar a pessoa a tossir, permitindo a limpeza das vias aéreas e assim controlar a dispneia, faz parte do conhecimento e das intervenções que os participantes

dizem realizar. A prática demonstrou que apenas um enfermeiro recorria a estas técnicas, no entanto, a aspiração de secreções é a intervenção a que todos os participantes recorrem.

- No controlo da dispneia, os participantes conhecem e gerem a execução de outras medidas terapêuticas não farmacológicas, assim como farmacológicas. Associam, ainda, medidas destinadas a promover um ambiente facilitador do relaxamento e de condições ambientais favorecedoras do controlo da dispneia.

- Pertinente e relevante emerge o facto de os participantes perceberem a importância das técnicas de controlo da dispneia para o controlo respiratório e a maximização da autonomia da pessoa com esta sintomatologia.

- As dificuldades sentidas pelos enfermeiros do serviço de urgência que participaram no estudo, na sua intervenção relativamente às técnicas de controlo de dispneia, relacionam-se com o défice de conhecimentos reconhecida por estes, mas que também é percebido quando dizem conhecer e recorrer a técnicas e manobras de reabilitação respiratória inadequadas para o controlo da dispneia como seja a percussão e a vibração.

- Os participantes deparam-se ainda com obstáculos relacionadas com o défice de recursos humanos, com recursos materiais e físicos inadequados. Por último aludiram a falta de tempo como impedimento na utilização de técnicas de controlo de dispneia.

Ultrapassar estas dificuldades, com vista a melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados às pessoas com dispneia no serviço de urgência é fundamental, reconhecendo-se um papel importante dos responsáveis pela gestão das unidades de cuidados e do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação pelas competências que detém, uma vez que os participantes reconhecem a necessidade de formação no âmbito das técnicas de controlo de dispneia.

O presente estudo aponta para a importância das técnicas de controlo de dispneia, no cuidar da pessoa com esta sintomatologia que tanto afeta a qualidade de vida, que são parte integrante de um programa de reabilitação respiratória, do qual o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação é o elemento “pivot”. Das competências do enfermeiro especialista faz parte, ainda facilitar a aprendizagem em contexto de trabalho e atuar como formador, contribuindo deste modo para ganhos em conhecimento e qualidade de cuidados de enfermagem, e consequentemente na excelência dos cuidados prestados à pessoa com dispneia.

Assim, propomos a realização de dispositivos de formação destinada aos enfermeiros do serviço de urgência, no âmbito dos cuidados de enfermagem respiratórios, com sessões

teóricas e práticas em grupos de oito a dez enfermeiros, com o objetivo de desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem no controlo da dispneia.

Este estudo de investigação constitui-se uma experiência ímpar e laboriosa de enriquecimento profissional e pessoal. Existiram dificuldades e adversidades pessoais que fomos superando ao longo deste percurso, e que se constituíram como força impulsionadora para a concretização dos objetivos propostos.

Sugerimos, ainda, o desenvolvimento de outros estudos no sentido de uma melhor compreensão desta temática, de forma a implementar medidas que possam contribuir para o controle da dispneia e que demonstrem a eficácia dos cuidados de enfermagem de reabilitação e em particular da reabilitação respiratória, atendendo a que “A Reabilitação Respiratória é virtualmente inexistente em Portugal. A ela apenas tem acesso menos de 1% dos doentes que dela beneficiariam. É urgente a criação duma Rede Nacional de Reabilitação Respiratória.” (ONDR, 2015 p.13).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBERNETHY A. [et al.] - Management of dyspnea in patients with chronic obstructive pulmonary disease. **Wien Med Wochenschr.** Vol. 159, nº. 23-24 (dec. 2009), p. 583 – 590.

ALBERT, R. K.; SPIRO, S. G.; JETT, J. R - **Clinical Respiratory Medicine**. 3ª ed. Philadelphia: Elsevier, 2008. ISBN 978-1-4557-0792-8.

ALMEIDA I. – **Avaliação de conhecimentos dos enfermeiros sobre medidas farmacológicas e não farmacológicas no controlo da dispneia**. Lisboa: [S.N.], 2012. Tese de Mestrado apresentada na Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina.

ANDRADE, Leonardo Tadeu de, [et al.] - Papel da enfermagem na reabilitação física. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. Nº6 (2010), p.1056- 1060.

AZEVEDO Carlos Eduardo Franco, [et al.] - **A Estratégia de Triangulação: objetivos, possibilidades, limitações e proximidades com o pragmatismo**. [em linha].Brasília DF, 2013. [consultado em 20 dez. 2015]. Disponível na WWW:<[URL:http://www.anpad.org.br](http://www.anpad.org.br)>.

AZEVEDO, Pilar- Dispneia. In BARBOSA, António; NETO, Isabel Galriça - **Manual de Cuidados Paliativos**. 2.ª Ed. Lisboa:Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa. Março 2010. ISBN: 978-972-9349-22-5, p. 191-202.

BARDIN, Laurence - **Análise de conteúdo**. Lisboa: edições 70, 2011. ISBN 978-972-44-1506-2.

BENTO, M. - **Cuidados e formação em Enfermagem: Que identidade?** Lisboa: Fim de Século Edições. 2006.

BRAGA, Ricardo Jorge Vicente de Almeida- **Influência dos cuidados de enfermagem de reabilitação no controlo da dispneia em cuidados paliativos**. Lisboa: [s.n.], 2009. Tese de Mestrado apresentada na Universidade de Lisboa Faculdade de Medicina de Lisboa.

BRAGA, Aldara - **Dispneia no serviço de urgência do Hospital de Santo António**. Porto: [s.n.], 2010. Tese de Mestrado apresentada na Universidade do Porto Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

CANTEIRO, M. C.; HEITOR, M.C. -Reabilitação Respiratória. In: GOMES, M.; SOTTOMAYOR, R.-**Tratado de Pneumologia**. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Pneumologia, 2003 p.1785-1896.

CASADO, Sónia Alexandra Claro - **Implementação de um Programa de Enfermagem de Reabilitação Domiciliária em Utentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica**. Bragança: [s.n.], 2012. Tese de Mestrado apresentada no Instituto politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde de Bragança.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS - **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 1.0**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2006.

CORDEIRO, Maria; MENOITA, Elsa – **Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: conceitos, princípios e técnicas**. Loures: Lusociência, 2012. ISBN 978-972-8930-86-8.

COTE, Cláudia G.; CELLI, Bartolome R.- **Novas estratégias de tratamento na DPOC– Juntar as novas estratégias com as experimentadas e as verdadeiras**. Postgraduate Medicine. Algés: Euromédice, 2006. ISSN 0872-6590. 25(4), 23-32.

DECRETO-LEI nº 247/09. **Diário da República, I série**. N.º 184 (22/09/2009) 6758-6761.

DORAN, D. M. [Et. Al.] - The relationship between nursing interventions and outcome achievement in acute care settings. **Research in Nursing and Health**. Vol. 29,nº, 1 (Feb 2006), 61–70.

DUARTE, Teresa. **A Possibilidade da Investigação a 3: Reflexões sobre Triangulação (Metodológica)**. Lisboa: [s.n.], 2009. Tese de Mestrado apresentada no Centro de Investigação e Estudos de Sociologia.

FABBRO, Egidio; SHALINI, Dalal; BRUERA, Eduardo- **Symptom Control in Palliative Care – Part III: Dyspnea and Delirium**. Journal of Palliative Medicine. Vol. 9, nº. 2, (2006), p. 422-426.

FARO, A. C. M. - Enfermagem em Reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, vol.40, nº.1 (2006),p. 128-133.

FERNANDES, Ana; FRIAS, Ana; ALVITO, Luis - **Escala de Avaliação de Dispneia**. [em linha]. Évora: [s.n.], 2012 [consultado a 19 de maio 2015] disponível na [www.URL <http://hdl.handle.net/10174/7366](http://hdl.handle.net/10174/7366).

FERREIRA, S. [et al.] - Reabilitação respiratória na DPOC: do treinamento de exercício para a “vida real. **Jornal Brasileiro pneumologia**. Vol 35, nº.11 (2009) p.1112-1115.

FLICK, Uwe – **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.ISBN 978-85-363-1711-3

[49449]

FORTIN, Marie-Fabienne - **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusociência, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.

FRANÇA, Ana; PONCE, Pedro. In PONCE, Pedro; TEIXEIRA Jorge - **Manual de urgências e emergências**. Lisboa: Lidel, 2006. ISBN – 13: 978-972-757-365-3, p.46-51.

FREITAS, Maria João Batista dos Santos; PARREIRA, Pedro Miguel Dinis – Dotação segura para a prática de enfermagem: operacionalidade do conceito e o seu impacto nos resultados. **Referência**. Coimbra. ISSN 0874.0283. Série III (julho 2013), p.171-178.

GERMANO, Nuno - Ventilação não invasiva. In MARCELINO, Paulo [et al.] – **Manual de ventilação mecânica no adulto, abordagem ao doente crítico**. Loures: Lusociência, 2008. ISBN 978-972-8930-42-4., p. 239- 256.

GONÇALVES, André; NUNES, Lénia; SAPETA, Paula – **Controlo da dispneia: estratégias farmacológicas e não farmacológicas, para o seu alívio num contexto de Cuidados Paliativos**. [Em linha]. Castelo Branco: [s.n.], 2012. [consultado a 18 dez. 2013]. Tese de Mestrado apresentada na Instituto Politécnico de Castelo Branco, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias. Disponível na [www.URL<http://hdl.handle.net/10400.11/1475](http://hdl.handle.net/10400.11/1475).

GUYTON, Arthur C.; HALL, John E. - **Tratado de fisiologia médica**. 11^a.ed. Rio de Janeiro : Elsevier, 2006.ISBN 978-85-352-1641-7.

HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos; BAPTISTA LUCIO, Pilar - **Metodologia de pesquisa**. 3^a Edição. São Paulo: McGrawHill, 2006. ISBN 85-8680493-2.

HESBEEN, Walter – **A Reabilitação: criar novos caminhos**. Loures. Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-43-6.

HESBEEN, Walter - **Cuidar no Hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar**. Loures: Lusociência, 2000. ISBN 978-972-8383-11-4.

HOEMAN Shirley P.- **Enfermagem de reabilitação, prevenção intervenção e resultados esperados**, 4^a edição, Loures: Lusodidata, 2011. ISBN:978-989-8075-31-4.

JANUÁRIO, José Carlos - **Resultados das Intervenções do Enfermeiro de Reabilitação na Pessoa internada no Serviço de Medicina Interna dos Hospitais da Universidade de Coimbra**. Coimbra:[s.n.], 2013. Tese de Mestrado apresentada na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

KAMAL, AH; [et al].- Dyspnea Review for the Palliative Care Professional: Treatment Goals and Therapeutic Options. **Journal of Palliative Medicine**, vol. 15, nº 1(2012), p.106-114.

LIEBANO, R. [et al.] – Principais manobras cinesioterapêuticas manuais utilizadas na fisioterapia respiratória: descrição das técnicas. **Revista Ciências Médicas. Campinas**. Vol. 18, nº.1 (jan./fev. 2009), p.35-45.

MACHADO, Pedro Miguel – **Dispneia no doente paliativo: incidência, abordagem e sua efetividade**. Lisboa: [s.n.] , 2012. Tese de Mestrado apresentada na Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da saúde.

MACHAQUEIRO, Sílvia - **A reabilitação respiratória para doentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica**. Lisboa: [s.n], 2012. Tese de mestrado apresentada na Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa.

MARCELINO, Paulo [et al.] – **Manual de ventilação mecânica no adulto, abordagem ao doente crítico**. Loures: Lusociência, 2008.ISBN 978-972-8930-42-4.

MARCINIUK D. [et al].- Managing dyspnea in patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease: A Canadian Thoracic Society clinical practice guideline. **Can Respir J**. vol. 18, nº. 2 (Mar.-Apr. 2011) p. 1-10.

MAREK K, Popejoy L; PETROSKI G; RANTZ M- Nurse care coordination incommunity-based long-term care. **Journal Of Nursing Scholarship**. Vol.38, nº, 1 (2006), p.80-86.

MARTINEZ José Antônio Baddini.; PADUA Adriana Inácio ; TERRA FILHO João.- Dispneia. **Revista Medicina**. Nº.37 (jul. /dez. 2004), p.199-207.

MATOS, Ana -**DPOC Correlação entre o grau de obstrução do fluxo aéreo e a capacidade funcional de doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica**. Covilhã: [s.n.], 2011. Tese de mestrado apresentada na Universidade da Beira Interior Faculdade de Ciências da Saúde.

MORAIS, António José Pinto; QUEIRÓS, Paulo Joaquim Pina – Adesão á ventilação não invasiva: perspectiva do doente e familiar cuidador. **Referência**. Coimbra. ISSN 0874.0283. Série III julho (2013), p.7-14.

MOREIRA, Márcia Maria Pinto - **O Impacte da Intolerância à Atividade no Quotidiano dos Clientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica**. Porto: [s.n.], 2012. Tese de Mestrado apresentada na Escola Superior de Enfermagem do Porto.

NOVO, Lúcia Silva Marinho - **A Procura de Cuidados de Saúde no Distrito de Viana do Castelo**. [em linha]. Porto: [s.n.], 2010. Tese de Mestrado apresentada na Faculdade

de Economia. Universidade do Porto [Consultado em 13 fev. 2016]. Disponível na WWW: <URL: <http://hdl.handle.net/10216/45398>.

OBSERVATÓRIO NACIONAL DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS – **Relatório 2013: Prevenir a doença acompanhar e reabilitar o doente**. [Em linha] Lisboa: ONDR,2013. [consultado 30 abril 2015]. Disponível na [www:<URL:http://www.fundacaoportuguesadopulmao.org/Relatorio_ONDR_2013.pdf](http://www.fundacaoportuguesadopulmao.org/Relatorio_ONDR_2013.pdf).

OBSERVATÓRIO NACIONAL DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS – **10.º Relatório panorama das doenças respiratórias em Portugal: caminhos para o futuro**. [Em linha] Lisboa: ONDR,2015 [consultado 15 janeiro 2016]. Disponível na [www:<URL: http://www.ondr.pt/10_Relatorio_ONDR.pdf](http://www.ondr.pt/10_Relatorio_ONDR.pdf).

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Divulgar: Padrões de Qualidade do Cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual enunciados descritivos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2012.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Estatuto da ordem dos enfermeiros e REPE**. [Em linha]. Lisboa: Ordem dos enfermeiros, 2015. [consultado em 15 janeiro 2016]., Disponível na WWW: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Ordem dos enfermeiros, 2014. [consultado em 15 janeiro 2016]., Disponível na WWW: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro_Norma de DotacoesSeguras dos Cuidados de Enfermagem AG 30 05 2014 aprovado p or maioria proteg.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro_Norma_de_DotacoesSeguras_dos_Cuidados_de_Enfermagem_AG_30_05_2014_aprovado_p_or_maioria_proteg.pdf).

ORDEM DOS ENFERMEIROS- **Guia Orientador de Boas Práticas: Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade: posicionamentos, transferências e treino de deambulação**. [em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2013.[Consultado em 16 de novembro 2015]. Disponível na [www:<URL:http://: www.ordemenfermeiros.pt](http://www.ordemenfermeiros.pt).

ORDEM DOS ENFERMEIROS- **Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista**. [em linha]. [Lisboa]: Ordem dos Enfermeiros, 2010. Consultado em 16 de novembro 2015]. Disponível na [www: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf).

ORDEM DOS ENFERMEIROS- **Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.**[em linha] Lisboa: Ordem dos enfermeiros, 2010. [Consultado em 14 de dezembro 2013]. Disponível na [www<URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf).

ORDEM DOS ENFERMEIROS- **Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais.** [Em linha] Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2012. [Consultado em 14 de dezembro 2013]. Disponível na [www<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf).

ORDEM DOS ENFERMEIROS- **Regulamento dos Padrões de Qualidade do Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação.**[em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011. [Consultado em 14 de dezembro 2013]. Disponível na [www: http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceereabilitacao.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceereabilitacao.pdf).

PACHECO C.[et. al.]- O programa de reabilitação respiratória do hospital de Braga: casuística e resultados. In. **XXIX Congresso de Pneumologia. Centro de Congressos Sana Epic 25 a 27 de Outubro de 2013** [Consultado em 5 de maio 2015]. Disponível na [www.<URL: http://hdl.handle.net/10400.23/642](http://hdl.handle.net/10400.23/642).

PAMPLONA, Paula, MORAIS, Luís. -Treino de exercício na doença pulmonar crónica. **Revista Portuguesa de Pneumologia**. ISSN 0873-2159.Vol. Vol. XIII, Nº1 (jan.- fev. 2007), p. 101-128.

PETRONILHO, Fernando - **Autocuidado: conceito central da enfermagem**. Coimbra: Formasau, 2012.

PORTUGAL. Direção Geral da Saúde - **Orientação Técnica sobre Diagnóstico e Controlo da Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva (DPOC). Circular informativa nº 9/DSPCS (27/02/2007).** Lisboa: DGS, 2007.

QUEIRÓS, Paulo Joaquim Pina, VIDINHA, Telma Sofia dos Santos, FILHO, António José de Almeida – Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. **Referência**. Coimbra. ISSN 0874.0283. Série 4 (nov.-dez. 2014), p.167-164.

REGULAMENTO nº 122/2011. **DR II série**. 35 (2011/02/18) 8648-8653.

REGULAMENTO nº 125/2011. **DR II série**. 35 (2011/02/18) 8658-8659.

REGULAMENTO nº 350/2015. **DR II série**. 119 (2015/06/22) 16655-16660.

REMA, Joana Montanucci - **Opióides no tratamento da dispneia: uma revisão sistemática da literatura**. Porto:[s.n.], 2013. Tese de mestrado apresentada a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

RIES, Andrew L. (2010). O crescente papel da reabilitação na DPOC. **Postgraduate Medicine**. ISSN 0872-6590. Vol. 33, nº. 2, p. 26-32.

ROCHA, Belmiro - Gestão em Enfermagem: O Papel do Enfermeiro especialista de Reabilitação. In **Associação Portuguesa do Enfermeiros de Reabilitação**. 2011. [consultado a 7 de dezembro 2015]. Disponível na [www:URL: http://www.aper.com.pt/index_ficheiros/Page4078.htm](http://www.aper.com.pt/index_ficheiros/Page4078.htm).

ROCHA, Belmiro - Enfermeiro de reabilitação está “preparado para intervir adequadamente nos processos de reparação da pessoa”. **Jornal Médico dos cuidados de saúde primários**. [Em linha]. (dezembro 2014 p.16) [consultado a 7 de dezembro 2015]. Disponível na [www:URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEER_JornalMedicoReabilitacao.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEER_JornalMedicoReabilitacao.pdf).

ROQUE, Carolina Maria de Oliveira – **Agonia: últimos momentos de um doente terminal**. Coimbra: [s.n.], 2010. Tese de mestrado apresentada a Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

ROSE, S. B., Lawton, B. A., Elley, C. R., Dowell, A. C., & Fenton, A. J. “**The “Women’s Lifestyle Study,”** 2-year randomized controlled trial of physical activity counselling in primary health care: Rationale and study design”. BMC. 2007 *Public Health*, 7, 166.

SILVA, Carlos; CARVALHO, Esmael; SILVA, Rui – Vivências da pessoa submetida a ventilação não invasiva no domicílio. In **Colectânea de textos: enfermagem de Reabilitação**. Coimbra: Formasau. 2010. ISBN 978-989-8269-12-6 p.233-280.

SILVA, Marcos António da - A técnica da observação nas ciências humanas. **Educativa**. Goiânia, Nº 2 (2013), p. 413-423.

SOARES, Maria de La Salete Rodrigues - **A pessoa com oxigenoterapia de longa duração. Estudo sobre o modelo de cuidados de enfermagem em contexto domiciliário**. Porto: [s.n.], 2012. Tese de doutoramento apresentada a Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde.

TOMEY, Ann Marrine ; ALLIGOD, Martha Laile - **Teóricas de enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de enfermagem)**. 5ª. ed. Loures : Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-74-6.

VARGAS, Mara Ambrosina de Oliveira [et al.] - Capacitação dos técnicos de enfermagem para as melhores práticas no uso de broncodilatadores em pacientes mecanicamente ventilados. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis. ISSN 0104 - 0707. Nº 3 (2012), p. 505-512.

VEIGA, António Alberto Batista [et al] – Pessoa em fase final de vida: que intervenções terapêuticas de enfermagem no serviço de urgência? **Referência**. Coimbra. ISSN 0874.0283. Série 2 Nº 10 (2009), p.47-56.

APÊNDICES

APÊNDICE A – GUIÃO DA ENTREVISTA

Guião da entrevista

I- Apresentação ao entrevistado

Maria Adelaide Gomes Costa, Enfermeira do Centro Hospitalar [REDACTED] a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, a desenvolver um estudo sobre “A Intervenção dos Enfermeiros no controlo da dispneia”, com os seguintes objetivos: descrever as técnicas de controlo da dispneia utilizadas pelos enfermeiros do serviço de urgência; analisar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros no serviço de urgência na sua intervenção relativamente às técnicas de controlo de dispneia e determinar as necessidades de formação dos enfermeiros do serviço de urgência sobre técnicas de controlo de dispneia.

II- Consentimento para a realização, gravação da entrevista e participação no estudo

A realização deste estudo, implica a colheita de dados através da entrevista semiestruturada a enfermeiros que prestam cuidados no serviço de urgência – área adultos. Deste modo peço o consentimento e colaboração na realização desta entrevista, que terá aproximadamente 30 minutos de duração, durante a qual poderá interromper sempre que pretender. As informações obtidas são confidenciais e apenas serão utilizadas no estudo. Os resultados do estudo ficarão disponíveis para consulta após a sua conclusão.

Agradeço a disponibilidade e colaboração para a realização deste estudo.

III- Entrevista

Idade _____ anos

Sexo:

- ☐ Feminino
☐ Masculino

Tempo de serviço:

Como Enfermeiro _____ anos

Como Enfermeiro no serviço de urgência _____ anos

P1: Quais as técnicas de controlo de dispneia que conhece?

(se respondeu de forma afirmativa à questão, passa a P2; se não conhece estas técnicas, passa a P3)

P2: Nos cuidados ao doente com dispneia que técnicas de controlo utiliza?

P3: Que cuidados presta a estas pessoas?

P4: Qual a importância que atribui a estas técnicas de controlo para o cuidar da pessoa com dispneia?

P5: Quais as dificuldades que sente na intervenção relativamente às técnicas de controlo da dispneia?

P6: Sente necessidade de formação nesta área?

☐ Sim

☐ Não

Porquê?

APÊNDICE B – CONSENTIMENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO

Estudo de investigação

“A intervenção dos Enfermeiros no controlo da dispneia”

Eu, abaixo assinado (nome completo) _____, declaro que: após devidamente esclarecido(a) da natureza e objetivos do estudo e com a garantia do meu anonimato e da confidencialidade dos dados recolhidos, autorizo a utilização dos mesmos para este estudo de investigação.

Em qualquer momento posso abandonar o estudo, não decorrendo daí qualquer tipo de prejuízo.

Viana do Castelo, _____ de _____ de 2015

Assinatura do entrevistado

Assinatura do investigador

(Maria Adelaide Gomes Costa)

APÊNDICE C – GRELHA DE OBSERVAÇÃO

[illegible]

APÊNDICE D – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Exmo. Senhor Presidente

do Conselho de Administração do [REDACTED]

Maria Adelaide Gomes Costa, Enfermeira com cédula profissional nº 08581, a exercer funções no Serviço de Urgência - área adultos do [REDACTED], a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, pretende desenvolver uma dissertação subordinada ao tema “A Intervenção dos Enfermeiros no controlo da dispneia”, com os objetivos: descrever as técnicas de controlo da dispneia utilizadas pelos enfermeiros do serviço de urgência; analisar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros no serviço de urgência na sua intervenção relativamente às técnicas de controlo de dispneia e determinar as necessidades de formação dos enfermeiros do serviço de urgência sobre técnicas de controlo de dispneia, sob a orientação da Professora Especialista na Área Científica de Enfermagem Maria José Fonseca e coorientação da Professora Doutora Salette Soares. Neste sentido, solicita junto de Vossa Excelência que lhe seja permitido efectuar a recolha de dados, utilizando como instrumentos a entrevista semiestruturada e a observação, junto dos Enfermeiros do Serviço de Urgência - área adultos desta Instituição. Bem como a consulta de dados estatísticos do [REDACTED].

Anexo guião da entrevista.

Pede deferimento,

[REDACTED], 18 de novembro de 2014

(Maria Adelaide Gomes Costa)

APÊNDICE E – MATRIZ FINAL DE ANÁLISE DE DADOS DAS ENTREVISTAS

MATRIZ FINAL DE ANÁLISE DE DADOS DAS ENTREVISTAS.

ÁREA TEMÁTICA: Conhecimento sobre técnicas de controlo de dispneia	
Categoria	Unidades de Registo
Posicionamento	<p>E1: “Posicionamentos, fowler alto para permitir melhor expansão pulmonar”.</p> <p>E2: “posicionamentos” [referindo-se às técnicas de controlo de dispneia].</p> <p>E3: “... posicionamentos, melhorar o posicionamento”.</p> <p>E4: “posicionamentos” [referindo-se às técnicas de controlo de dispneia].</p> <p>E5: “é posicionar o doente sentado, apoiado sobre uma almofada, posição de cocheiro, de modo a ficar sentado e com os pés apoiados”.</p>
Tosse	<p>E1: “Incentivar uma tosse eficaz se for possível. Explicar como deve utilizar os músculos aumentar a pressão intratorácica e tentar expetorar eficazmente”.</p> <p>E2: “ensino da tosse, tosse assistida, tosse controlada”</p> <p>E3: “ensino da tosse”.</p>
Dissociação dos tempos respiratórios	<p>E2: “dissociação de tempos respiratórios”.</p> <p>E3: “controlo quando estão com ansiedade... dissociação dos tempos, respiratórios”.</p> <p>E5: “dissociação dos tempos respiratórios (...)”.</p>
Percussão	<p>E2: “cinesiterapia respiratória: percussão”.</p> <p>E3: “cinesiterapia respiratória... percussão (batimentos que se faziam)”.</p>
Respiração abdominal	<p>E5: “...na inspiração alongar a barriga e na expiração comprimir a barriga e as costelas”.</p>
Medidas terapêuticas	<p>E1: “nebulização com soro fisiológico, que é da nossa autonomia, para não falar em terapêutica” [referindo-se a outros fármacos].</p> <p>E3: “Fármacos (...)”.</p> <p>E4: “(...) oxigenoterapia, da qual a prescrição não tem muito a ver connosco...”</p>

ÁREA TEMÁTICA: Intervenções dos enfermeiros à pessoa com dispneia		
Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Gestão de medidas terapêuticas	Oxigenoterapia	<p>E2: “Colocar oxigenoterapia (não é uma intervenção autónoma),...”</p> <p>E2: “administrar oxigenoterapia”.</p> <p>E3: “Administração de oxigenoterapia...”</p> <p>E4: “Faço a gestão da oxigenoterapia... administrar oxigénio se o doente tiver valor de saturação de oxigénio muito baixa”.</p>
	Inaloterapia	<p>E2: “fazer nebulizações... por nossa iniciativa com soro fisiológico para fluidificar as secreções”.</p> <p>E3: “faço nebulizações com soro”.</p> <p>E3: “Quando se coloca a nebulização faço o ensino para deixar o ar entrar”.</p> <p>E4: “Faço nebulizações, muitas vezes só com soro para fluidificar as secreções que permite uma abertura das vias aéreas, os brônquios ficam desobstruídos”.</p> <p>E5: “...fazer nebulizações com soro, para fluidificar as secreções”.</p>
	Farmacológica	<p>E2: “fazer nebulizações que estão prescritas com terapêutica,...”</p> <p>E2: “limitamos a administrar a medicação”.</p> <p>E3: “Numa fase aguda limito-me mais à administração de fármacos (quando os doentes estão na emergência)... Administração de ... terapêutica”.</p> <p>E5: “...aplicar os broncodilatadores... tenho o cuidado de diluir sempre com soro fisiológico os broncodilatadores, para fluidificar melhor as secreções”.</p>
	Ventilação não invasiva	<p>E2: “VNI melhora a dispneia em alguns doentes, deve-se adaptar bem a máscara e ajustar os parâmetros consoante a prescrição médica, tentar que o doente relaxe e deixe o BIPAP funcionar e ver se não tem fugas”.</p> <p>E3: “Nos doentes com VNI, (...) é importante o ensino, para conseguirem tolerar a VNI, dizer que vamos colocar uma máscara e que</p>

		<p>vão sentir uma pressão e que têm que deixar o ar entrar”.</p> <p>E4: “Na ventilação não invasiva, (...) Tenho o cuidado de verificar as fugas de ar (...) se não está a fazer muita pressão na face do doente, (...). Explicar ao doente como funciona e o que o doente deve fazer”.</p> <p>E5: “(...) tenho o cuidado ver se o doente tolera, ou não, ver o tamanho da máscara, tenho o cuidado de oferecer água ao doente, dado este tipo de ventilação seca muito as mucosas (...), vigiar os parâmetros se estão adequados ao doente”.</p>
Categoria	Unidades de registo	
Monitorização de parâmetros respiratórios	<p>E1: “Vigilância dos movimentos respiratórios (...)”.</p> <p>E1: “monitorização da saturação periférica”.</p> <p>E4: “(...) se o doente tiver valor de saturação de oxigénio muito baixa”.</p> <p>E5: “(...) monitorizar a oximetria periférica, vigiar a saturação de oxigénio, (...)”.</p>	
Ensino da tosse	<p>E1: “Ensino da tosse”. [utiliza para controlo da dispneia]</p> <p>E4: “Se o doente estiver consciente e colaborante e na posição de sentado, ajudar o doente a tossir...”</p> <p>E5: “Quando o doente é capaz de aprender ensino o doente a utilizar a musculatura abdominal, para tossir (digo que vão sair daqui com os abdominais mais desenvolvidos) incidir mais na tosse, para conseguir expetorar, melhor. Instruir a técnica da tosse (inspirar/ expirar 2 vezes e depois tossir e utilizar a musculatura abdominal)”.</p>	
Posicionar	<p>E2: “Optimizar o posicionamento, fazer um posicionamento em semi fowler ou em fowler”.</p> <p>E2: “Mobilizar os doentes para soltar as secreções”. [posicionamento]</p> <p>E3: “Optimizar o posicionamento, decúbito dorsal com cabeceira elevada, em todos os doentes numa primeira fase”.</p> <p>E4: “Posicionar, ver se está respirar bem,...”</p> <p>E5: “sentar o doente, principalmente quando estão a fazer nebulizações”</p> <p>E5: “(...) Posicionamentos, ter em atenção à patologia, no caso do doente com pneumonia, tento saber qual o lado e tento posicionar para o lado que tem a pneumonia, numa fase mais estável do doente, tento sentá-lo apoiado sobre a almofada...”</p> <p>E1: “Posicionamento” [utiliza para controlar a dispneia]</p> <p>E2: “Saber qual o lado para posicionar o doente quando tem uma pneumonia, muitas vezes posicionamos para o lado</p>	

	<p>afetado, porque o doente satura melhor. ...”</p> <p>E3: “Numa primeira abordagem é o posicionamento, dorsal com cabeceira elevada 30 a 45º”.</p> <p>E4: “Habitualmente o posicionamento”.</p> <p>E2: “Mobilizar os doentes para soltar as secreções”.</p> <p>E4: “(...) posicionar o doente com a cabeça mais baixa em relação ao tronco, para drenagem de secreções, (...)”.</p> <p>E4: “(...) posicionamento em decúbitos laterais, para drenar as secreções”.</p>
Dissociação dos tempos respiratórios	<p>E2: “usar a técnica da inspiração/expiração para ver se conseguem controlar um bocadinho mais a respiração”.</p> <p>E1: “Ensinar a inspirar pelo nariz e expirar pela boca. Dependendo da patologia se estiver a hiperventilar fazer com que respire mais devagar”.</p> <p>E2: “(...) controlar a respiração tempo de respiração mais controlado,(...) respirar pelo nariz, (...)”.</p> <p>E3: “Faço o ensino dos tempos respiratórios, dizer ao doente para acalmar, inspirar pelo nariz e expirar pela boca”.</p> <p>E5: “dissociação dos tempos respiratórios (dizer ao doente para fazer expiração mais longa nos doentes com DPOC, dizer para soprar a vela, nos doentes com pneumonia fazer com que insista na inspiração”.</p>
Percussão	<p>E2: “Fazer as pancadinhas quando os doentes estão mais aflitos da expetoração, faço quando o doente expira (...)”.</p> <p>[percussão]</p> <p>E3: “Às vezes fazia percussão sem ter em conta o tempo expiratório, fazia em qualquer altura”.</p> <p>E4: “geralmente não faço percussão, mas quando faço é na fase expiratória.”</p>
Vibração	<p>E1: “(...) tento fazer cinesiterapia respiratória (não é cinesiterapia respiratória porque não sei fazer a técnica) mas tento colocar a mão em concha em baixo e fazer movimentos vibratórios quando o doente expira, mas não sei se é o correto”.</p>
Aspiração de secreções	<p>E1: “Aspiração de secreções”.</p> <p>E2: “Proceder à aspiração de secreções se for necessário”.</p> <p>E3: “(...) se o doente tiver secreções e não conseguir expelir aspiro”.</p> <p>E4: “Aspirar as secreções se o doente não consegue expelir, por incapacidade ou por cansaço. (...) fluidificação de secreções, aspiração de secreções”.</p> <p>E5: “Se o doente não consegue expelir as secreções aspiro o doente”.</p>

Gerir ambiente físico	<p>E2: “colocar o doente num sítio mais calmo ...”</p> <p>E3: “tentar controlar a luminosidade da sala. Não consigo controlar a temperatura do ar, só se abrir a janela...”</p> <p>E4: “Em relação ao ambiente físico, pouco posso fazer, ruído há sempre”.</p> <p>E5: “Tentar manter um ambiente calmo... o facto de agilizarmos o ambiente, correr o cortinado, abrir a janela de forma a doente sentir que está a entrar o ar (dado a sensação de falta de ar) (...) otimizar o ambiente físico: temperatura, luminosidade, renovar o ar”.</p>
Gerir medidas de conforto	<p>E3: “Colocar o doente mais confortável, retirar a roupa que aperta”.</p> <p>E4: “tento falar com o doente a saber o que ele necessita para o seu conforto”.</p>
Controlo de ansiedade	<p>E2: “incentivar o doente a relaxar (...) principalmente tentar controlar a parte ansiosa nestes doentes que é muito importante (...) tentar conversar com ele, (...)”.</p>

ÁREA TEMÁTICA: Perceção dos enfermeiros relativamente à importância das técnicas de controlo de dispneia.

Categoria	Unidades de registo
Controlo respiratório	<p>E1: “... menos fadiga respiratória se souber fazer as pausas corretas e respirar eficazmente”.</p> <p>E2: “É importante, porque ajuda o doente a respirar melhor”.</p> <p>E3: “...uma melhor ventilação...”</p> <p>E4: “...o doente melhora com as técnicas...” [referindo-se ao controlo da dispneia].</p> <p>E5: “São fundamentais para o doente se sentir mais aliviado...” [referindo-se à dispneia].</p>
Eliminação de secreções	<p>E1: “... O doente beneficia se souber expectorar eficazmente, faz uma limpeza brônquica eficaz...”</p> <p>E5: “... conseguir expelir as secreções...”</p>
Maximização da autonomia	<p>E3: “É importante para o doente recuperar melhor”.</p> <p>E5: “... conseguir realizar as suas atividades e melhorar a qualidade de vida”.</p>

ÁREA TEMÁTICA: Dificuldades sentidas pelos enfermeiros na utilização das técnicas de controlo de dispneia	
Categoria	Unidades de registo
Défice de conhecimentos	<p>E1: “Não ter conhecimentos aprofundados sobre as técnicas”.</p> <p>E2: “(...) incentivo a respiração a todos os doentes da mesma maneira, para os acalmar, não faço diferença da patologia, não tenho experiência”.</p> <p>E3: “Não faço ensino da tosse, quando os doentes têm tosse digo para tossir, para libertar a expetoração, dou um saco com papeis para tossir...”</p>
Défice de recursos humanos	<p>E1: “Falta de recursos humanos para posicionamentos. [auxiliares] (...)”.</p> <p>E1: “Elevado nº de doentes”. [para prestar cuidados]</p> <p>E2: “Recursos humanos (auxiliares) escassos para ajudar a posicionar o doente”.</p> <p>E3: “Recursos humanos deficitários... Elevado número de doentes diminui a qualidade dos cuidados...”</p> <p>E4: “...número elevado de doentes por enfermeiro. (...) Recursos humanos escassos, um auxiliar para várias salas e não tenho ajuda para posicionar o doente”.</p> <p>E5: “Recursos humanos deficientes, com o número muito elevado de doentes”.</p>
Recursos materiais inadequados	<p>E1: “Os recursos materiais, macas, em que os doentes recusam-se a ficar deitados, preferem ficar sentados, macas que se mobilizam quando se tenta posicionar o doente”.</p> <p>E2: “Posicionar os doentes nas macas que não elevam a cabeceira, falta de almofadas”.</p> <p>E3: “Dificuldade nos posicionamentos dos doentes, não se consegue elevar a cabeceira.” (...) “Falta de almofadas”.</p> <p>E4: “...défice de recursos materiais, como almofadas, apoios de braços, macas que não são compatíveis com os posicionamentos, macas muito estreitas, não travam”.</p> <p>E5: “Dificuldade em posicionar os doentes nas macas. Não se consegue posicionar o doente sentado, fazer um alinhamento corporal”. [macas inadequadas]</p>
Recursos físicos inadequados	<p>E4: “(...) pouco espaço físico para colocar os doentes”.</p> <p>E5: “Dificuldade em gerir o ambiente, controlar o barulho...”</p>
Falta de tempo	<p>E2: “O tempo disponibilizado é diminuto, pouco tempo”.</p> <p>E2: “tentar orientar o doente a tossir... mas aqui orientamos pouco (...) temos pouco tempo”.</p> <p>E3: “(...) não há tempo para posicionar bem e mais vezes os doentes”.</p> <p>E4: “Falta de tempo...” [devido ao número elevado de doentes].</p> <p>E4: “Se tivesse tempo ensinava ao doente a tossir sentado, utilizando os músculos abdominais, para poder expelir as secreções, de modo a não ficarem acumuladas nos pulmões e provocar obstrução”.</p>

ÁREA TEMÁTICA: Perceção do impacto da formação na prática de cuidados respiratórios.

Categoria	Unidades de registo
Melhorar a prestação de cuidados	E3: “Para dar continuidade aos cuidados e melhorar a qualidade dos mesmos”. E4: “Acho que necessitamos de formação para uniformizar as técnicas, que são mais usuais...”
Melhorar o conhecimento	E1: “Desconhecimento de algumas técnicas”. E2: “Naquelas coisinhas mais pontuais, como a tosse, dissociação dos tempos respiratórios. (...) Com a formação podemos ir buscar coisas que estão no esquecimento”. E3: “Para ter conhecimento nesta área, que é deficitário”. E4: “poder praticar para não ficar esquecida”. E5: “Falarmos de pequenos pormenores que muitas vezes fazem a diferença. Ser alertado para pormenores que muitas vezes passam despercebidos”.